

Міністерство освіти і науки України
Західноукраїнський національний університет
Факультет соціально-гуманітарний
Кафедра психології та соціальної роботи

СКАСКІВ Світлана Романівна

**«ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ
БОЙОВИХ ДІЙ»**

спеціальність 053 Психологія
освітньо-професійна (наукова) програма
кваліфікаційна робота за освітнім ступенем «магістр»

Виконав студент
групи ПСзм-21
Скасків Світлана Романівна

підпис

науковий керівник:
к.психол.н., доцент
Гірняк Г.С.

підпис

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту
«__» _____ 20__ р.
Завідувач кафедри

підпис

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ	7
1.1. Поняття, сутність та функції психологічної реабілітації	7
1.2. Соціально-психологічні передумови психологічної реабілітації учасників бойових дій.....	16
1.3. Аналіз наукових підходів до психологічної реабілітації учасників бойових дій.....	27
Висновки до розділу 1.....	36
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ.....	38
2.1. Організація та методика емпіричного дослідження.....	38
2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження психоемоційного стану учасників бойових дій.....	45
Висновки до розділу 2.....	52
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ	52
3.1. Зміст, завдання та заняття програми психологічної реабілітації учасників бойових дій	53
3.2. Оцінка ефективності програми психологічної реабілітації учасників бойових дій.....	71
Висновки до розділу 3.....	79
ВИСНОВКИ	80
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	83
ДОДАТКИ	90

ВСТУП

Актуальність дослідження обумовлена запитами сучасного українського суспільства відносно надання кваліфікованої психотерапевтичної допомоги вагомій кількості постраждалих унаслідок тривалої воєнної агресії, а також повномасштабного вторгнення військ Росії у Україну 24 лютого 2022 року. Особливою категорією постраждалих є учасники бойових дій і ветерани ЗСУ, у яких переживання надзвичайних травматичних подій викликало розвиток посттравматичного стресового розладу та негативні психоемоційні стани. Останні проявляються істотними порушеннями в психологічних, поведінкових і соматичних процесах, що становить загрозу травмованій особі значні труднощі в соціально-психологічній адаптації, і до того ж важко піддається традиційним психотерапевтичним впливам.

За офіційними даними Комітету Верховної Ради із питань охорони здоров'я, 90% демобілізованих учасників бойових дій потребують проведення комплексної реабілітації та психотерапії. Серед учасників бойових дій часто спостерігаються наступні явища: поведінка суїцидального характеру (понад 500 випадків), агресивна поведінка, що часто пов'язана зі вживанням алкоголю й інші види адиктивної поведінки (15% злочинів, скоєних учасниками бойових дій, пов'язані із вживанням алкоголю чи наркотичних речовин, та кожна шоста невоєнна втрата стається через пияцтво), алкоголізм, депресія, розлучені шлюби та девіантна поведінка [24]. Розлади субклінічного рівня спостерігаються у понад 90% військових – учасників бойових дій [11].

Дослідження психоемоційного стану учасників бойових дій, що були проведені раніше, здебільшого, виконані у межах робіт медичного, загально-психологічного та медико-психологічного профілю (Ю. Ващенко, Р. Лазарус, К. Максименко, Г. Мозгова та ін.). Низка досліджень була присвячена виявленню особливостей переживання стресу в військовій діяльності (С. Балашова, О. Бойко, М. Варій, А. Романишин та ін.). Негативні психоемоційні стани вивчаються і з позицій психології емоційної сфери особистості (Т. Кириленко, Т. Титаренко, О. Чебикін та ін.). Факторами, що зумовлюють ймовірність негативного психоемоційного стану учасників бойових дій, визначають

особливості реагування на стресові ситуації (Г. Сельє та Т. Холмс), специфіку особистісного профілю (Ф. Данбар та Ф. Александер,), окремих рис характеру людини (В. Симаненков, О. Жузжанов, О.Тельнова) та типу суспільно-психологічної дезадаптації (Т. Айвазян, Ю. Губачов, Н. Завацька тощо).

Дані, представлені у численних публікаціях різних авторів (А. Бачеріков, Д. Болотов, Ю. Бучок, П. Гуревич, В. Загуровський, П. Короленко, Л. Лінський, І. Малкіна-Пих, Н. Марута, О. Сафін, Л. Шестопалова), свідчать про серйозні порушення емоційно-психологічного стану учасників бойових дій, котрі прийняли участь у бойових діях. Все це зумовлює необхідність вдосконалення відповідного психологічного забезпечення, а також створення корекційних, реабілітаційних та психотерапевтичних програм психологічної допомоги учасникам бойових дій із негативними психоемоційними станами.

Слід зазначити, що вітчизняні фахівці працюють із постраждалими, спираючись на власний минулий практичний досвід роботи з кризою, але ситуація надання психологічної допомоги особам, котрі зазнали психотравми і є учасниками бойових дій, настільки специфічна, що потребує суттєво іншого підходу до практики та форматування діяльності психотерапевта. Західні ж моделі, якими активно оснащують практикуючих психологів і психотерапевтів, не можуть бути повністю застосованими в вітчизняних реаліях. Насамперед, це обумовлено тим, що ці моделі здебільшого будуються на «суб'єкт-об'єктній» основі взаємодії психолога з постражданим, котрий має виконати окреслені в рамках реабілітаційної програми обов'язкові вчинки, про котрі повідомляє фахівець. Така схема потребує трансформації, адже без активної позиції самого постраждалого, суттєвого просування в подоланні негативної симптоматики не відбувається. Уважного вивчення потребує також феномен участі у бойових діях у вітчизняному контексті із урахуванням вікових, психологічних, соціальних і соціокультурних особливостей постраждалих і характеристик фахівців, а також специфіки здійснення ними практичної реабілітаційної діяльності.

Одним із шляхів розв'язання означених проблем є розроблення реабілітаційних програм, спрямованих на надання психотерапевтичної допомоги різним категоріям учасників бойових дій. Для цього необхідно осмислити сам процес психологічної реабілітації учасників бойових дій як діяльності

психотерапевта і потерпілого на основі відносин співучасті та партнерства. При цьому, використовуючи відповідні програми, орієновані на психологічну реабілітацію учасників бойових дій, слід врахувати вікові й психологічні характеристики постраждалих, їхню соціокультурну специфіку.

Відтак, вибір теми магістерської роботи обумовлено соціальною та науковою значущістю окресленої проблематики: **«Особливості психологічної реабілітації учасників бойових дій».**

Об'єкт дослідження – психологічна реабілітація як складний багаторівневий процес і поліаспектний феномен.

Предмет дослідження – особливості психологічної реабілітації учасників бойових дій.

Мета дослідження полягає в теоретичному обґрунтуванні, емпіричному дослідженні особливостей психоемоційного стану військовослужбовців, а також у розробці й апробації відповідної програми психологічної реабілітації учасників бойових дій.

Досягнення поставленої мети передбачало розв'язання таких **завдань**:

1. Визначити поняття, сутність та функції психологічної реабілітації.
2. Виявити соціально-психологічні передумови психологічної реабілітації учасників бойових дій.
3. Охарактеризувати наукові підходи до проблеми психологічної реабілітації учасників бойових дій.
4. Емпірично дослідити особливості психоемоційного стану учасників бойових дій.
5. Обґрунтувати, розробити й апробувати програму психологічної реабілітації учасників бойових дій.

Методи дослідження. Для послідовного розв'язання поставлених у випускній кваліфікаційній роботі завдань застосовувалися методи:

теоретичні – систематизація, порівняння, класифікація, узагальнення, аналіз та синтез даних, представлених у науково-психологічній літературі;

емпіричні – спостереження, бесіди, психодіагностичні методики: методика визначення стресостійкості й соціальної адаптації Холмса та Праге, методика

самооцінки психологічних станів Г. Айзенка, методика діагностики ступеня невротизації Л. Вассермана та Фрайбурзький опитувальник FPI;

методи обробки і аналізу даних – якісний і кількісний аналізи, методи описової статистики.

Теоретичне значення результатів дослідження полягає комплексному обґрунтуванні особливостей психологічної реабілітації учасників бойових дій. Зокрема, визначено поняття, сутність та функції психологічної реабілітації; виявлено соціально-психологічні передумови психологічної реабілітації учасників бойових дій; охарактеризовано наукові підходи до проблеми психологічної реабілітації учасників бойових дій; запропоновано обґрунтовані шляхи й засоби психологічної реабілітації учасників бойових дій.

Практичне значення роботи визначається підбором та апробацією низки психодіагностичних методик для вивчення психоемоційного стану учасників бойових дій, а також обґрунтуванням та апробацією програми психологічної реабілітації учасників бойових дій. Указану програму можуть використовувати психологи ЗСУ як методичний інструментарій для гармонізації психоемоційного стану учасників бойових дій, а також психологи й працівники психологічних служб з метою організації консультативної, превентивної, психокорекційної та психотерапевтичної роботи з учасниками бойових дій.

Експериментальна база дослідження. Експериментальна робота проводилася в вересні 2023 року на базі 44-тої окремої артилерійської бригади ім. гетьмана Данила Апостола – військового з'єднання в складі артилерійських військ Збройних сил України. Бригада відноситься до оперативного командування «Захід». В дослідженні взяли участь 50 учасників бойових дій.

Структура та обсяг дослідження. Магістерська робота містить вступ, три розділи, висновки до розділів та загальні висновки, а також список використаної літератури, що налічує 75 найменувань, та 1 додаток. Основний зміст роботи викладений на 85 сторінках. Загальний обсяг роботи складає 96 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ

РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

1.1. Поняття, сутність та функції психологічної реабілітації

Нині можливо говорити про те, що в українському суспільстві виникла нова і надзвичайно велика соціальна група – учасники бойових дій. Успішна соціальна адаптація у соціумі даної категорії військовослужбовців та членів їх сімей можлива лише через проведення комплексу реабілітаційних заходів.

У науковій літературі не існує загальноприйнятого визначення терміну «реабілітація». Зокрема, у вузькому розумінні реабілітація значить відновлення здоров'я [6]. В широкому розумінні реабілітацію визначають як конкретний вид діяльності, спрямованої на проведення організаційних, економічних, правових, культурних, учбових, лікувальних, оздоровчих й інших соціальних заходів щодо покращення фізичного й функціонального стану, працездатності та відновлення честі, гідності, прав та свобод окремих категорій населення, порушених хворобами, травмами чи фізичними, хімічними й іншими соціальними чинниками [2].

Термін «реабілітація» з'явився лише всередині XX сторіччя. В Англії й США після Другої світової війни було розроблено положення реабілітації, які згодом постали основою концепцій реабілітації хворих й інвалідів у різних країнах світу [22]. Реабілітація – це «використання різних можливостей для зменшення впливу чинників, що обмежують життєдіяльність людини або призводять до інвалідизації; забезпечення особам із обмеженням життєдіяльності можливості досягти оптимальної соціальної інтеграції (WHO)» [57, с. 11].

У середині XX сторіччя виникла така галузь науки й практики, як фізична та реабілітаційна медицина – незалежна лікарська медична спеціальність, направлена на забезпечення фізичного та когнітивного функціонування (поведінки також), участі у суспільному житті (передусім якості життя) й модифікації особистісних чинників та чинників навколишнього середовища [2].

Визначення поняття «реабілітація» змінилося наприкінці XX ст., коли цим терміном стали називати систему соціальних, психологічних, медичних,

професійних, педагогічних заходів, направлених на запобігання розвитку патологічних процесів, які призводять до тимчасової чи стійкої втрати працездатності; на ефективне й раннє повернення хворих й інвалідів (дітей і дорослих) у суспільство й до суспільно корисної праці. За визначенням ВООЗ, реабілітація – комбіноване й координоване застосування соціальних, медичних, педагогічних та професійних заходів з метою підготовки й перепідготовки індивідуума задля досягнення оптимальної його працездатності [31].

В нашій країні прийнято виявлення, сформульоване на нараді міністрів охорони здоров'я європейських країн (Прага, 1967 р.): реабілітація – це система державних, суспільно–економічних, медичних, професійних, викладацьких, психологічних та інших заходів, направлених на попередження розвитку патологічних процесів, які призводять до тимчасової чи стійкої втрати працездатності, на ефективне й раннє повернення хворих й інвалідів (дітей і дорослих) у суспільство, до суспільно корисної праці [22].

Слід урахувати, що весь комплекс заходів реабілітації розподіляється на:

- медичну реабілітацію, яка використовує різні методи медикаментозної терапії, фізіотерапії, санацію вогнищ хронічної інфекції, лікувальної фізкультури, лікувального харчування, хірургічну корекцію патологічних змін;
- психологічну реабілітацію, яка включає заходи щодо своєчасної профілактики й лікування психічних порушень, щодо формування в клієнтів свідомої і активної участі у реабілітаційному процесі;
- професійну реабілітацію, основними завданнями котрої є відновлення відповідних професійних навичок чи перенавчання клієнтів, вирішення питань їхнього працевлаштування;
- соціальну реабілітацію, яка включає розробку, прийняття на державному ступені відповідних нормативно – правових актів, котрі гарантують інвалідам певні соціальні права й пільги, а також забезпечення реалізації даних постанов [22].

Наприкінці ХХ сторіччя у державних документах різних країн (у Україні також) з'являються наступні поняття:

– нейрореабілітація – система заходів в медицині, що стосуються використання усіх засобів реабілітації для зменшення впливу станів враження нервової системи, котрі обмежують життєдіяльність чи призводять до інвалідизації, й забезпечення відповідним особам можливості досягнути найкращої соціальної інтеграції (WFNR);

– психологічна реабілітація – система заходів, направлених на відновлення, корекцію психічного та особистісного здоров'я, створення сприятливих умов задля розвитку та утвердження людини;

– психолого-педагогічна реабілітація – це система психологічних та педагогічних заходів, спрямованих на сформування способів оволодіння знаннями, уміннями та навичками (які стосуються, зокрема, процесів: сформування адекватної самооцінки своїх можливостей, оволодіння правилами суспільної поведінки та ін.) через системну навчально – виховну роботу;

– соціальна реабілітація – система заходів, направлених на створення і забезпечення умов задля повернення особи до активної участі у житті, відновлення її соціального статусу й здатності до самостійної суспільної і сімейно – побутової діяльності через соціально – довкільну орієнтацію й соціально – побутову адаптацію, суспільне обслуговування, задоволення потреби у забезпеченні технічними й іншими засобами реабілітації;

– професійна реабілітація – система заходів, направлених на підготовку особи до професійної діяльності у нових психосоціально – фізичних умовах, які спонукають до відновлення або здобуття професійної працездатності через пристосування, реадaptaцію, навчання, перенавчання або перекваліфікацію з можливим подальшим працевлаштуванням та необхідним соціальним супроводженням із урахуванням особистих здібностей і побажань особи [5].

Реабілітаційна психологія як конкретна галузь науки виникла в 80–х роках XX століття (Koch, Lucius–Hoene & Stegie (1988), Witte (1988)). В багатьох університетах світу утворено кафедри реабілітаційної психології й викладається відповідна дисципліна. Науковий профіль реабілітаційної психології не має ще стійко визначених меж, але практичні напрацювання у цій галузі активно

застосовуються в структурі форм реабілітації, оскільки психологічна реабілітація є неодмінною частиною реабілітаційної допомоги [22].

Впродовж століть люди, котрі зазнали духовних, душевних або тілесних травм, часто відновлювалися (одержували духовну, психологічну, інколи, і фізичну реабілітацію) у численних монастирях. Якщо звернутися до історичних подій, які стали передумовами появи реабілітаційної психології, тоді треба передусім пригадати перший державний досвід соціуму опіки над ветеранами – притулок задля солдатів – ветеранів, який збудував Людовик XIV. Розбудова тривало протягом 1671–1706-х рр. Паризький «Дім Інвалідів» став містом в мініатюрі, де жили за церковними правилами й військовою дисципліною [2]. Якщо описати «Дім Інвалідів» сучасною мовою, тоді там проводилася певна соціальна й духовна реабілітація, трудотерапія (працювали у майстернях, розмальовували гравюри тощо), сформована система взаємин (4000 ветеранів об'єднувалися у роти під керівництвом офіцерів); ветерани підтримували один одного, психологічну підтримку їм надавали командири й духовенство.

У останні роки значно збільшилася кількість особового складу аварійно – рятувальних формувань, зокрема і різних груп спеціального призначення (спецконтингенту) тих або інших міністерств і відомств, що працюють у екстремальних ситуаціях. У зв'язку із цим виникло поняття «екстрена реабілітація» – це комплекс заходів, направлених на своєчасне попередження і швидке поновлення порушених психосоматичних функцій, на підтримку працездатності й належної надійності діяльності людей, які працюють в зоні чи осередку надзвичайної ситуації, на профілактику в них різних захворювань [17].

Серед інших найчастіше виокремлюють клінічний, фізичний, психологічний та соціально – трудовий аспекти реабілітації. Якщо реабілітант відчуває страх перед фізичними й трудовими навантаженнями, на його переконання, спроможними вчинити шкоду його здоров'ю, тоді, швидше за все, він відмовиться від участі у програмі фізичних тренувань, буде домагатися переведення на інвалідність [22]. В багатьох випадках саме психологічні чинники, включаючи невисоку мотивацію, а не органічне ураження органу чи системи організму є головною причиною суспільно–трудова дезадаптації [16].

В свою чергу, повернення до праці значно прискорює й завершує процес психологічної реадаптації.

Тепер реабілітація – не просто комплекс заходів, механічна сума більшого чи меншого числа різних методів. У програмах реабілітації результативність кожної складової щільно залежить від інших складових. Включення їх у програму реабілітації (клінічної, психічної, фізичної, соціально – трудової й ін.), крім своєї прямої дії, опосередковано збільшує ефективність інших складових. Така синергія приводить до значного підвищення результативності програми реабілітації в цілому. Як приклад, фізична реабілітація дозволяє не лише підвищити фізичну працездатність, а й значно поліпшити психологічний стан хворих різноманітних категорій, наприклад, осіб, котрі перенесли ІМ, хворих на рак [28].

Однак при психічних змінах, що виникли в зв'язку із захворюванням (іпохондричні та депресивні зміни, страх за серце при здійсненні фізичних навантажень у хворих ССЗ; страх виникнення чи посилення болю у спині при фізичному навантаженні, депресивні зміни при травматичних ураженнях хребта), відсутність мотивації, низька самооцінка і самоефективність, сама участь у заняттях лікувальною фізкультурою, а тим більше у фізичних тренуваннях ставиться під сумнів [16]. Цих хворих без психокорекції часом просто не вдається заохочити до програми фізичної реабілітації і задля них її ефективність (через невикористання) фактично зводиться до нуля.

Медико-психологічна реабілітація – це невід'ємна складова структури реабілітації хворих й інвалідів. Без психологічних методів неможливо домогтися вдалої реабілітації у ряді випадків. Це страхи перед фізичним навантаженням в хворих ССЗ, «втеча у хворобу» при довготривалому стаціонарному лікуванні, депресія, відсутність мотивації до поборення хвороби й її наслідків, низька прихильність хворих до участі у програмах медичної реабілітації, формування рентних установок в інвалідів [31]. До цього додамо, що соматичні захворювання й травми досить часто супроводжуються психологічними змінами, значно ускладнюють здійснення реабілітації. Вони не дають змогу домогтися гідної якості життя хворих та інвалідів, що є кінцевою метою реабілітації. До того ж,

психологічні зміни у ряді випадків супроводжуються емоційними розладами, які чинять негативний вплив на головний патологічний процес.

В Україні, як і у більшості інших країн, реабілітаційну психологію сприймали тільки в контексті розробок, спрямованих на психічний супровід і реабілітацію осіб із різними вадами й, зокрема, в регуляції взаємин поміж неповносправною людиною й світом, а також спортсменів, травмованих під час тренування чи змагань [22]. Нині спектр науково–практичного зацікавлення реабілітаційною психологією значно розширився, увібравши в себе такі дисципліни й напрями, як: психологічна реабілітація, психічна корекція, кризова психологія, психологія жертви, психологія травмуючих подій (зокрема психологія екстремальних ситуацій), психологія стресу тощо [28].

Останніми роками багато співвітчизників набули досвіду переживання травмуючих подій. Тому розвиток реабілітаційної психології загалом відповідає потребам суспільства. Стисло проаналізуємо місце реабілітаційної психології в структурі психологічної науки й практики. Реабілітаційна психологія – це галузь психічної науки, в межах котрої розробляється, впроваджується й організовується структурний підхід до психологічної реабілітації людини, яка зазнала травмуючого впливу, для стабілізації чи відновлення її психічного здоров'я, психологічного благополуччя й створення умов для гармонізації психологічного, психічного, духовного та соціального розвитку [38].

Реабілітаційна психологія теж важлива в організації й наданні психологічної допомоги різноманітним верствам населення, зокрема особам, що прожили екстремальні, надзвичайні ситуації й психотравмуючі події; особам із прогнозованою й наявною інвалідністю; особам із психічними порушеннями й девіантною поведінкою та ін. Організаційні засади реабілітаційної психології базуються на принципах психології праці й управління, організаційної психології, медичної психології. Задачами реабілітаційної психології є:

- результативна організація реабілітаційного процесу особистості (групи);
- визначення етапів та послідовності надання психологічної допомоги особистості або цільовій групі відповідно до специфіки їхнього травмуючого досвіду;

- добір оптимальних заходів для особистості (групи) психологічних реабілітаційних заходів;

- організація й здійснення супервізійних заходів надавачам психологічних послуг та ін. [22].

Важливо, що реабілітаційна психологія як галузь психологічної практики в сучасних умовах теж сприяє:

- пропаганді здорового способу життя, зміцненню психологічного здоров'я й підвищенню добробуту окремих осіб та громадськості/суспільства загалом, адже скерована на своєчасну реабілітацію, утворює мотивацію на посткризове зростання й досягнення добробуту;

- запобіганню погіршенню психологічного здоров'я в осіб, які належать до групи ризику через особливості їх професійної діяльності й досвід (військові, медики, що перебувають або перебували в зоні воєнних дій) або служіння, пов'язаного з екстремальними або надзвичайними ситуаціями – (волонтери, капелани), через проблеми із перебуванням у зоні надзвичайних або екстремальних ситуацій (в минулому, теперішньому чи майбутньому);

- здійсненню втручання/терапії задля відновлення цілісного й якісного функціонування психічних функцій, психічних процесів та психологічних індивідуально-особистісних чинників; максимізації функцій організму й відновлення сил; зведення до найменшого терміну непрацездатності; підвищення якості життя, психічного забезпечення незалежного способу життя й працездатності окремих осіб і груп із обмеженими руховими функціями, що виникли у результаті вроджених або набутих вад, функціональних обмежень;

- зміні довкілля, домашнього й робочого простору й особистісного сприймання людиною даного простору для забезпечення безперешкодної й повноправної її участі у житті сім'ї, суспільства й професійній реалізації; психологічну допомогу членам родини, щоб адаптувати їх до умов співжиття й взаємодії з особою із особливими потребами [2].

Психологічна реабілітація як специфічний вид психічної допомоги надається особам з гострими або хронічними адаптаційними розладами й спрямована на відновлення психологічного здоров'я й подолання розладів

психіки. Інституційно реабілітація здійснюється у кризових центрах, центрах ранньої суспільної реабілітації, центрах соціально – психологічної реабілітації; фахових реабілітаційних центрах та ін. Реабілітаційні заклади розподіляють на типи, залежно від сутності реабілітаційних заходів. Це заклади:

- медичної реабілітації;
- медико-суспільної реабілітації;
- суспільної реабілітації;
- психологічної реабілітації;
- спеціалізованої реабілітації (нейрореабілітації тощо);
- багаторівневої медичної реабілітації;
- психолого – викладацької реабілітації;
- фізичної реабілітації;
- фахової реабілітації;
- професійної реабілітації;
- фізкультурно-спортивної реабілітації;
- превентивної медичної реабілітації;
- реабілітації учасників бойових дій;
- реабілітаційні установи, де реалізуються різні типи реабілітації [31].

Особливості особистості та її психологічна реакція на хворобу, ставлення до лікування й реабілітації, до повернення до праці дає потужний вплив не лише на процес психологічної реадaptaції, але й на всі інші складові реабілітації. Хоч кінцеві цілі комплексної медичної реабілітації й психологічної реабілітації збігаються, в останньої є свої завдання, свої об'єкти й методи діагностики і корекції. Об'єктом та суб'єктом психологічної реабілітації насамперед є хворі, інваліди та особи з вираженою психологічною травмою наступних категорій:

- перенесли раптові важкі хвороби, що загрожують життю і благополуччю (інфаркт, інсульт та ін.);
- страждають хронічними захворюваннями із несприятливим перебігом, із загрозою життю (онкологічні захворювання);

- страждають хронічними захворюваннями із несприятливим перебігом, із загрозою інвалідності (артрози);
- перенесли важкі операції;
- одержали важкі фізичні травми з втратою (частковою чи повною) працездатності;
- психічно хворі із несприятливим перебігом захворювання, із загрозою інвалідності;
- наркозалежні;
- особи із девіантною поведінкою;
- діти із аномаліями розвитку;
- інваліди з проявами психологічної й соціальної дезадаптації;
- особи, які постраждали у ході стресових і екстремальних ситуацій [57].

У цьому списку можна виокремити дві основні категорії осіб, котрі потребують психологічної реабілітації: 1) медичні проблеми, які представляють реальну загрозу життю та благополуччю, виникають раптово, викликаючи стійко окреслені особистісні реакції на хворобу, її наслідки й важко переносяться лікування. В частині випадків невротичні реакції на хворобу трансформуються у патологічний розвиток особистості; 2) психологічні проблеми, пов'язані з перенесеною психічною травмою [28].

В експертній комісії по встановленню статусу хворого чи постраждалого в екстремальній ситуації психолог визначає реабілітаційний потенціал, досліджуючи такі сфери: пізнавальні процеси (мислення, пам'ять), емоційно-вольову сферу особистості (мотивація, наявність новоутворень в особистості «внутрішньої картини хвороби»), мікросоціальну ситуацію – підтримка сім'ї (часто захворювання носять соціальний характер). Комісія визначає прогноз ситуації, а психолог визначає програму психологічної реабілітації. При цьому констатуємо, що завданнями психологічної реабілітації є:

- 1) психологічна підтримка (у перші дні хвороби, при оголошенні діагнозу, перед операцією й після неї, при вертикалізації пацієнта, перед випискою їх зі стаціонару, при поверненні на роботу тощо);
- 2) сформування адекватних особистісних реакцій на хворобу;

3) збільшення прихильності проведеного лікування;

4) формування установок на активну участь у програмах реабілітації, на своєчасне повернення до праці (здобуття освіти), на відновлення своєї ролі у родині і соціально-трудовому оточенні [58].

Основу психічної реабілітації складають заходи протидії факторам, які негативно впливає на процес психологічної реадaptaції, і використання факторів, що сприятливий вплив на процес психологічної реадaptaції. Відтак при проведенні психологічної реабілітації слід знати: а) особливості психічного стану хворих та його динаміку при даному захворюванні; б) природу психічних змін на різних етапах захворювання, його діагностики й лікування; в) фактори, що впливають на хід психологічної реадaptaції [2].

Отже, психологічну реабілітацію трактуємо як комплекс заходів із відновлення психологічного здоров'я і благополуччя особистості, спрямований на розширення психологічних можливостей людини в її особистісному й соціальному функціонуванні. Діапазон форм психічної реабілітації містить: здобуття освіти; стимуляцію; повідомлення корисної інформації; показ ефективних моделей поведінки; консультування; психотерапію та ін.

1.2. Соціально-психологічні передумови психологічної реабілітації учасників бойових дій

Проблема негативного психоемоційного стану та необхідності постійного його подолання спостерігається серед учасників бойових дій, на котрих впливають численні стресогенні фактори, що діють в умовах війни. Специфіка військової діяльності, характер якої, в сполученні із особистісними рисами та властивостями, позначається також і на особливостях переживання критичних (травматичних) ситуацій сприяє розвитку психологічного напруження.

Як правило, негативний психоемоційний стану у учасників бойових дій виникає після впливу травмуючих психіку умов бойової обстановки й, більш того, може виникати раптово через кілька років на тлі загального благополуччя. Негативні психоемоційні стани бойового походження більше різноманітні й

часто бувають тривалішими, ніж негативні психоемоційні стани мирного часу, через накопичені у душі, пам'яті багаторазово пережиті жахи війни, фізичне й психічне перенапруження, горе втрат та співпереживання із пораненими. Негативні психоемоційні стани в учасників бойових дій завжди виникають як прямий наслідок переживання гострого стресу чи пролонгованої травми. Стрессова подія чи тривалі неприємні обставини являються первинним й основним фактором, та розлад не виникає без їх впливу [2, с. 31].

У випадку негативного психоемоційного стану, стан учасників бойових дій часто описують, як гострий. У вигляді клінічної категорії (рубрикації F43.0 та F43.1 за МКБ-10) вона повністю описує феномен, психологічна інтерпретація теж знайшла своє відображення у роботах значної кількості учених. Проблема негативних психічних станів й їх впливу на поведінку людини розглядалась, як із позицій психології (Ф. Василюк, Е. Ісаєва, А. Леонова, К. Погодаєв), так й у психотерапії посттравматичних та гостротравматичних розладів (В. Алещенко, В. Краснов, О. Лазебна та Н. Тарабрина). Авторами описано психічні стани й поведінку людини у періоди перед-, пост- й, власне, екстремальної ситуації.

Аналізуючи проблему адаптації учасника бойових дій, нинішні науковці звертають увагу на те, що даний процес відображає різні форми його діяльності. Зокрема В. Рютін вказує на: військово-соціальну, психологічну, військово-технічну і бойову адаптацію [78]. В свою чергу, В. Ягупов зауважує, що соціальне оточення учасника бойових дій має вплив на якість процесу його адаптації, а «адаптація воїна до умов військової служби може бути постійною, тимчасовою, байдужою, ситуаційною та фрагментарною» [93, с. 290]. Вчений визначає соціологічні, психологічно-вікові й індивідуально-психологічні проблеми адаптації учасників бойових дій, котрі призводять до дезадаптації. Проте процес взаємодії особистості й учасника бойових дій, на думку вченого, цілісним процесом військової діяльності. Саме тому, порушення адаптаційного процесу в військовому середовищі порушує проблеми в усіх сферах взаємодії – «індивідуальність – військове середовище» і в результаті призводить до негативного психоемоційного стану учасників бойових дій.

Л. Шестопалова вказує на критерії, котрі дають можливість

характеризувати негативні психоемоційні стани учасників бойових дій: 1) напливи спогадів, пов'язаних із місцем, де відбулись небезпечні події, відчуття провини перед загиблими та нічні кошмари зі сценами пережитого; 2) пережитий стресовий стан; 3) спроби уникнення емоційних навантажень та страху, непевності й неприємних спогадів, небажання контактувати із оточенням; 4) зниження уваги й концентрації та підвищена дратівливість; 5) виникнення психопатій і антисоціальної поведінки (алкоголізація, наркоманія, відсутність поваги до офіційних осіб та цинізм) [65].

Вчені І. Кутько, А. Ліньов, О. Панченко вказують на виникнення під час негативного психоемоційного стану учасників бойових дій тривоги, жаху, страху, почуття провини, туги, марності життя, пригніченості, суїцидальних думок, дратівливості та повторення спогадів про травмуючу ситуацію або нагадування про неї звичайних подій у повсякденному житті (флешбеки), відчуженості, поведінкових моделей уникнення й ухилення, депресії, ворожості, замкненості, почуття безвиході й розпачу, схильності до вживання наркотиків і алкоголю, що призводить до втрати працездатності [64].

Існує велика кількість досліджень чинників та умов посттравматичних стресових розладів. Вчена Л. Смірнова, аналізуючи предиктори негативного психоемоційного стану учасників бойових дій, вказує на велику їх варіацію; Е. Загоруйко говорить про психічні травми як наслідок негативного психоемоційного стану, Г. Меткалф – про спадкову навантаженість психічними захворюваннями. Переважно, негативні психоемоційні стани учасників бойових дій виникають на підґрунті психічних захворювань, котрі сприяють виразному домінуванню однієї із базових негативних емоцій, що формують стрижневе утворення емоційного досвіду. Саме тому, наявність таких негативних базових емоцій, уключених до структури психічного захворювання, розглядається, як предиктор негативного психоемоційного стану учасників бойових дій [68].

Існують дані про роль особистісних особливостей, як предиспонуючих чинників появи негативного психоемоційного стану учасників бойових дій. Вчений В. Литкін вказує на емоційну нестійкість та певні риси особистості, емоційну нестійкість та підвищену тривожність, а також підкреслює важливість

впливу астенічних рис характеру [69, с. 54].

Часто психотравма спричинює блокування тих або інших особистісних проявів та утруднює їх розуміння людиною. Спрацьовує психологічний захист, котрий може обмежувати прояв емоцій, їх силу, та видозмінювати об'єкт їх спрямування. При посттравматичному стресовому розладі спостерігаються такі симптоми: невмотивована пильність – коли людина уважно слідкує за усім, що відбувається навколо та має постійне відчуття загрози і дуже емоційно реагує. При кожній несподіванці людина робить різкі рухи (наприклад, падає на землю при звуці гелікоптера); притупленість емоцій – коли людина повністю чи частково позбавлена емоційних проявів. Їй важко встановлювати близькі й дружні стосунки із оточуючими, стають недоступні радість, творчий підйом, кохання, грайливість і спонтанність. Досліджувані люди говорять, що після перенесених ними екстремальних подій у минулому, їм стало набагато важче відчувати такі почуття; агресивність – тобто прагнення вирішувати більшість своїх проблем за допомогою грубої сили. Це, як правило, стосується фізичного силового впливу, проте зустрічається також психічна, вербальна й емоційна агресивність; порушення пам'яті й концентрації уваги – коли у людини виникають труднощі, при зосередженні чи коли треба щось пригадати [75].

Подекуди концентрація уваги може бути дуже сильною, а при виникненні стресового фактору людина вже не в змозі зосередитись; депресія – в цьому стані посттравматичного стресу вона досягає найпотемніших глибин людського відчаю, за яких людина відчуває, що усе в житті в неї втратило сенс. Тому почуттєвій депресії властиві нервові виснаження, апатія й негативне ставлення до свого життя; загальна тривожність – виявляється на рівні фізіології (ломота у спині, спазми шлунка та головні болі); в психічній сфері – постійне хвилювання та «параноїдальні» явища (наприклад, необґрунтований жах переслідування), у емоційних хвилюваннях (постійне почуття невпевненості, жаху, провини); зловживання наркотичними і лікарськими речовинами – для зменшення інтенсивності посттравматичних синдромів досліджувані, а особливо ветерани, зловживають наркотиками, алкоголем й іншими токсичними препаратами, проте треба зазначити, що вони були помилково віднесені до категорії залежних від

алкоголю чи наркоманів; *непрохані спогади* – коли вважається, що це найважливіший симптом, що дає право говорити про наявність негативного психоемоційного стану учасників бойових дій [61, с. 142].

При травматичній ситуації людина відчуває страх, що породжений навколишнім світом та власною безпорадністю в ньому, переконання, котрі були раніш, руйнуються, а це приводить особу у стан дезінтеграції. Виникає депресія і людина починає відчувати себе нікчемною та покинутою, в неї розвивається невпевненість в собі та з'являється реальне відчуження від близьких («вони цього не пережили», «їм мене не зрозуміти»). В пам'яті пацієнта несподівано виникають непрохані сцени та спогади, пов'язані із травмуючими подіями. Ці спогади виникають уві сні й у стані бадьорості. В реальному житті вони виникають тоді, коли навколишнє середовище нагадує ту ситуацію, що відбувалась на війні – видовище, звук, запах, що, ніби, прийшли з тих часів. Різниця від буденних спогадів полягає в тому, що посттравматичні «непрохані спогади» супроводжуються сильними почуттями тривоги й страху [52, с. 104].

У стані посттравматичного стресу депресія досягає глибин, людина втрачає сенс свого існування. Виникає сильна апатія й з'являється почуття провини: можуть виникати думки стосовно того, що вона могла б зробити більше для допомоги своїм близьким. Людина постійно може питати себе, чим вона заслужила те, що вижила, і чому іншим так само не пощастило. Виникають саморуйнівні думки, навіть суїцидальні. Стреси й напруга, які виникають в звичайному житті, можуть ставати нестерпними для тих осіб, що пройшли травматичний інцидент. Вони всіляко уникають близьких контактів із рідними, друзями чи колегами, що часто призводить до збільшення особистих проблем. Із часом, труднощі у взаєминах посилюються разом із загостренням відчуття того, що «ніхто не зможе зрозуміти те, через що я пройшов». Це проявляється в підвищеній дратівливості, труднощах при засинанні (безсоння), ускладненні концентрації уваги, спалахах гніву, вибухових реакціях, а також немотивованій надмірній підозрілості та підвищеній готовності до «реакції втечі» [58, с. 39; 17 а].

В звичайному житті потерпілий може здаватись людиною цілком благополучною, проте будь-який стимул (відповідний запах, звук, схожа

ситуація, тінь, яка промайнула за плечем – що завгодно), котрий повертає його у критичну ситуацію, викликає миттєве поживлення його переживань. На захист від цих переживань потерпілому треба все більше й більше зусиль. Надмірна підозрілість виражається у тому, що особа знаходиться в постійному очікуванні, настороженості, наче їй загрожує небезпека. Проте тут небезпека не стільки зовнішня, скільки внутрішня, і вона не дозволяє розслабитись та відпочити [43, с. 55]. Перебільшене реагування: при найменшому стукоті, подразненні чи шумі людина голосно кричить чи кидається бігти, тощо. Були випадки, коли при залишкових, слабких поштовхах від землетрусу люди кидались із вікон та розбивались на смерть, хоч ці поштовхи не були небезпечні. Збільшується дратівливість та нетерпимість до звичайних побутових питань та часто виникає шалена ворожість, що спрямована проти конкретних людей та супроводжується погрозами, також застосовується й груба фізична сила та словесна агресивність. Виникають спонтанні спалахи гніву. Зовсім несуттєва подія може викликати сильне почуття злості. Виникає відчуття того, що людина не схожа на себе саму. Рідні, друзі та колеги можуть помічати деякі зміни в характері людини [55, с. 60].

Відстрочені реакції на сильну стресову ситуацію – це комплекси змін у емоційній і психічній сфері, зміни у поведінці, які виникають після отримання психічної травми і спричиняють прояви негативного психоемоційного стану учасників бойових дій. Психічна травма є наслідком травматичного стресового впливу і передбачає крайній ступінь стресогенності фактора, котрий руйнує систему власних особистісних захистів, що приводить до глибоких порушень в учасників бойових дій – від психологічних до біологічних – цілісної системи функціонування будь-якої людини [68, с. 35].

Людей, які пережили травматичну подію, можна умовно поділити на кілька категорій. Компенсовані особи, котрі потребують легкої психологічної підтримки, – дружньої чи родинної. Особи із дезадаптацією легкої міри, котрі потребують, як дружньої психологічної підтримки близьких й оточення у колективі, так й у професійному втручанні психолога та психотерапевта. В них порушена психофізична рівновага (в фізичній, мисленнєвій та емоційній сферах), мають місце емоційна збудливість, конфліктність та поява страхів й

інших ознак внутрішньої дисгармонії. Адаптація порушена, проте за певних умов відновлюється без ускладнень. Особи із дезадаптацією середньої міри, що потребують усіх видів допомоги, в тому числі в фармакологічній корекції стану. Психофізична рівновага значно порушена в усіх сферах й є психічні порушення на рівні межових: постійне відчуття страху, вираженої тривоги чи агресивності, а також неадекватних ситуацій. На фізичному рівні ці люди можуть страждати у результаті травм чи поранень. Особи із дезадаптацією важкої міри, що охоплює всі сфери й вимагає тривалого лікування та відновлення [81, с. 58-59]. Це можуть бути виражені порушення психічного стану, що вимагають втручання психіатра, чи фізичні травми, які призвели до інвалідизації та супроводжуються розвитком комплексу неповноцінності, депресією та суїцидальними думками, чи ж психосоматичні порушення складного генезу.

У розгляді негативного психоемоційного стану учасників бойових дій доречно відзначити існування наступних чотирьох варіантів психоадаптаційних станів. Першим є певний психовегетативний прояв в вигляді підвищення серцебиття, відчутті холоду або ж жару, збоїв артеріального тиску чи запаморочення. Другий варіант – астеничний, який характеризується зниженням появою слабкості та фізичного тону, втратою концентрації уваги, неможливістю повністю розслабитись, навіть під час сну, постійним відчуттям перевтоми, яке складно подолати. Зазвичай, на даному рівні особа зберігає працездатність, проте вона суттєво погіршується. Для третього, дистимічного варіанту, характерними є психоемоційні перепади, прикладом котрих може бути внутрішній дискомфорт та тривога, причини яких важко пояснити. Характерними для цього варіанту адаптаційних станів являються виникнення роздратованості, короткотривалої апатії й песимістичного настрою [87, с. 61]. Усі ці прояви зникають після відпочинку та не мають хронічного характеру.

Важливо розуміти, що дані прояви негативного психоемоційного стану учасників бойових дій, по своїй природі, не є максимально конструктивними, проте, в той же час, вони залишаються у рамках певної норми реагування, не маючи суттєвих наслідків для психіки. Саме тому, виникає певна дуальність тлумачення розуміння норми. Не будучи нормою, з точки зору оптимальності

реагування, психіка залишається у рамках норми реакції, із точки зору наслідків. До четвертого варіанту психоадаптаційних станів відносять змішаний варіант, що є поєднанням двох або трьох вищеописаних варіантів [91, с. 65].

Важливо зазначити, що для всіх варіантів негативного психоемоційного стану учасників бойових дій характерними є короткочасність та непостійність для тих або інших стресових ситуацій. Тобто, про адаптаційність можемо говорити, як про певний рівень компенсаторики, що не виходить за межі норми психологічно здорового реагування. Коли ж психологічний стан, що виникає, набуває характерності, як реакції у однотипній ситуації й набуває певної вираженості, з'являється імовірність виникнення стабільно зафіксованих психічних станів, котрі зберігатимуть дезадаптаційний рівень прояву. Вчений Б. Карвасарський підкреслює, що «такі симптомокомплекси, маючи певну стабільність своєї структури набувають вигляду певних «передхворобливих» порушень з психологічними та психосоматичними складовими» [70, с. 78; 17 б].

Існують певні розлади доклінічного рівня, до одного із яких належить постстресова психологічна дезадаптація, дослідженню якої у науковій психології приділено значно менше уваги, проте, як зазначає О. Сафін, вона проявляється в значно більшій кількості учасників бойових дій, ніж розлади клінічного рівня, такі як, – ПТСР [68, с. 39]. Дослідницею М. Марковою був введений термін «постстресова психологічна дезадаптація». Під постстресовою психологічною дезадаптацією авторка розуміє «донозологічний рівень реагування на стрес, яке може проявлятися у порушеннях адаптації на поведінковому, емоційному та когнітивному рівнях». При цьому вчена підкреслює, що «дезадаптацію психологічного рівня найбільш повно характеризує загальний девіантний синдром адаптації особистості» [72, с. 115], неспецифічні прояви якого представляють цей донозологічний рівень реагування на стресову ситуацію.

Зазначимо, що у рамках подолання стресової ситуації, людина проживає стресову реакцію, що має гострий характер і реакцію на сам стрес. Із точки зору Ю. Александровського, гостра реакція через певний час, котрий вимірюється годинами, стихає, не залишаючи для особистості суттєвих наслідків [64, с. 71]. В. Маркова і Л. Цибаєва зазначають, що саме реакція на стрес зумовлює

виникнення психологічних змін, котрі визначають ступінь адаптивності реагування індивіда на зміни у собі, як реакції на перенесений стрес і стресовий чинник. Виникає логічне запитання «що саме обумовлює специфіку самої реакції на стрес?» [70, с. 84]. Аналізуючи цю проблематику, вчений В. Козира підкреслює залежність реакції на стрес учасників бойових дій від особистісних характерологічних особливостей, тривалості й інтенсивності дії стресових факторів та зрілості й адекватності захисних механізмів [84, с. 108].

О. Ісаєва встановила той факт, що поведінка, котра дозволяє впоратись із стресом, має вікові й гендерні відмінності та може змінюватися протягом життя залежно від завдань й вимог, що ставляться перед людиною середовищем на різних етапах онтогенезу й соціогенезу. Автор зазначає, що репертуар поведінки задля подолання стресу, у поєднанні із механізмами психологічного захисту, являє собою широкий спектр різних варіантів: від гнучких та ситуативно обумовлених стратегій при подоланні труднощів до стійких особистісних паттернів (стилів) реагування. Потенційна адаптивність його залежить від співвідношення ступеня вираженості свідомих й несвідомих форм адаптаційних механізмів особистісного функціонування. Стійкі поєднання стилів поведінки подолання стресу визначають специфіку психічної адаптації та рівень пристосувальних можливостей особистості; вони є одними із параметрів та складових поняття «психологічної вразливості» особистості, розгляд котрої потрібно проводити тільки за умови обліку особистісних ресурсів [69, с. 106].

Важливим в дослідженні негативного психоемоційного стану учасників бойових дій є ідеї В. Мозгового, яким було розкрито симптомокомплекс стресостійкості і стресовразливості у учасників бойових дій служби правопорядку. Результатом стало виявлення участі особистісних чинників, до котрих належать наступні: за умов зниження адаптаційних можливостей характерність для учасників бойових дій та служби правопорядку таких типологічних профілів особистості, як гіпертимний, імпульсивний, астенічний, психосоматичний, соціо- й психопатичний, неврозоподібний; а із високим рівнем адаптації: гіпертимний, ригідний і педантичний [65, с. 21].

Психотравмуючими факторами діяльності учасників бойових дій

виступають не тільки екстремальні ситуації й події, котрі викликають стрес менший за інтенсивністю та поступово виснажують людські ресурси, а й такі, що у результаті накопичення й поєднання повсякденних ситуацій професійного стресу із травмуючим екстремальним досвідом можуть спричинити появу «кумулятивної» психотравми. Позитивне відношення до свого фізичного й психологічного стану забезпечує необхідну мотивацію для постійної турботи про своє власне здоров'я та спрямовує діяльність людини на оптимізацію ЗОЖ.

Для людини опанування буде ефективнішим, коли вона вчасно звернеться до свого оточення, в пошуках підтримки. Бажання у всьому покладатись лише на себе та розраховувати тільки на свої власні сили, – взагалі не показник особистісної зрілості. Підтримка, коли вона надається кимось, хто реально хоче допомогти, завжди полегшує реалізацію стратегії опанування. Наше розуміння буття розширюється, коли ми надаємо підтримку іншим й отримуємо від них допомогу [72, с. 156]. Життя стає цікавішим, складнішим та більш диференційованим. Розвивається «соціальне почуття», яке включає в себе усвідомлення членства у людському суспільстві, відчуття ототожнення із людським родом і його кожним конкретним представником.

Аналіз науково-методичної літератури свідчить про те, що потенціал подолання стресогенних подій відбивається при виборі учасниками бойових дій успішних чи неуспішних пристосувальних стратегій поведінки, проте рівень розвитку й репертуар адаптаційних механізмів мають велике значення, як для соціально-психологічного функціонування людини, так й для збереження психічного благополуччя. Дезадаптація учасників бойових дій виникає на психологічному, ціннісному та соціальному рівні. Відбувається зміна соціального статусу учасника бойових дій, котрий є професіоналом на війні, від роботи якого залежить сам результат війни, до того ж його місія почесна та дуже відповідальна, бо саме від нього залежить перемога й доля усієї країни [44, с. 64].

Психологічні наслідки участі у бойових діях призводять до того, що у вже мирному часі, через загострене почуття справедливості та підвищену тривожність, «вибухові» реакції, які періодично виникають, як відповідь на будь-які подразники, а також депресивні стани, у ветеранів порушується соціальна

взаємодія та виникають сімейні конфлікти й проблеми із працевлаштуванням. Такі люди втрачають інтерес до суспільного життя та знижується їх активність при вирішенні життєво важливих проблем.

За даними вітчизняних й зарубіжних військових психіатрів, які вивчають частоту й структуру санітарних втрат в збройних конфліктах та локальних війнах, останнім часом суттєво змінились втрати психіатричного профілю в бік збільшення кількості розладів межового рівня. Однак набагато серйозніше пом'якшені й відстрочені наслідки війни, які впливають не тільки на психофізичне здоров'я учасників бойових дій, а й на їх психологічну врівноваженість та світогляд, а також стабільність ціннісних орієнтацій. Повертаючись до звичайного мирного життя, у силу того, що військовий досвід учасник бойових дій не може застосувати в мирний час, він виявляється неконкурентоспроможним на ринку праці, а це змушує його займатись некваліфікованою працею, й часом вдаватись до правопорушень, оскільки у «силовій сфері» він відчуває себе впевненіше, ніж в «інтелектуальній». Формами соціальної дезадаптації учасників бойових дій є адикції, які дозволяють «втекти» від реальності за допомогою наркотичних засобів, алкоголю, ігор тощо [49, с. 17-18]. Доволі часто девіантна поведінка учасників бойових дій виявляється як в насильстві по відношенню до інших, так й у аутоагресії, що може характеризуватись ризикованими діями та суїцидальними спробами тощо.

Отже, для виникнення негативного психоемоційного стану в учасників бойових дій потрібно, щоб людина відчула дію стресора, котрий виходить за межі звичайного досвіду і здатний викликати дистрес. Травматичні ситуації, що призводять до розвитку посттравматичного розладу у учасників бойових дій, можуть мати різне походження та ступінь виразності симптомів розладу. Коло явищ, котрі викликають травматичні стресові порушення, доволі широке та охоплює безліч ситуацій, за яких з'являється загроза власному життю або життю близької людини, загроза фізичному здоров'ю або образу Я. Порушення, що розвиваються після пережитої учасником бойових дій психологічної травми, зачіпають усі рівні функціонування (особистісний, фізіологічний, рівень міжособистісної й соціальної взаємодії) та призводять до стійких особистих змін.

1.3. Аналіз наукових підходів до психологічної реабілітації учасників бойових дій

У практиці психологічної реабілітації учасників бойових дій виокремлюють проведення психологічної корекції, психологічної реабілітації, психотерапевтичної роботи та інших засобів серед учасників бойових дій з посттравматичним стресовим розладом, що спрямоване на формування усвідомленого сприйняття самого себе та свого внутрішнього стану, емоцій і почуттів; впевненості у власних силах; впливатиме на покращення морального здоров'я; здійснюватиме профілактику порушень психіки та емоційних розладів.

У процесі подолання негативного психоемоційного стану в учасників бойових дій значне місце займає психологічна корекція – система психологічних впливів, що спрямовані на зміни певних особливостей (процесів, властивостей, станів та рис) психіки, що відіграють відому роль при виникненні хвороб, у їх патогенезі, імовірності рецидивів і загострень захворювання, факторах інвалідизації й соціально-трудової адаптації учасників бойових дій [69, с. 128]. Психологічну корекцію переважно не спрямовують на зміну симптоматики та на клінічну картину захворювання взагалі. У цьому й полягає суттєва відмінність психологічної корекції від психотерапії.

Психологічна підтримка також використовується у процесі психологічної реабілітації учасників бойових дій. Це система соціально-психологічних, психолого-педагогічних способів та методів допомоги особі для оптимізації її психоемоційного стану у процесі формування здібностей й самосвідомості, сприяння їх соціально-професійному самовизначенню та підвищенню конкурентоспроможності на ринку праці й спрямуванню зусиль на реалізацію своєї власної професійної кар'єри [76, с. 49].

Психолого-педагогічний супровід також є вагомим засобом психологічної реабілітації учасників бойових дій. Це системна діяльність практичного психолога і корекційного педагога, що направлена на створення комплексної системи клініко-моральних та психолого-педагогічних, психотерапевтичних

умов, які сприяють засвоєнню знань, вмінь та навичок, успішній адаптації, реабілітації та становленню особистості, а також нормалізації сімейних стосунків, її інтеграції у соціум [85, с. 105].

У процесі психологічної реабілітації учасників бойових дій значне місце займає психологічна адаптація – система заходів, що спрямовані на формування у особи здатності пристосовуватись до існуючих в суспільстві вимог і критеріїв, за рахунок присвоєння їй норм та цінностей даного суспільства [91, с. 39].

Соціально-психологічна реабілітація учасників бойових дій, як правило, передбачає комплексний психолого-реабілітаційний вплив та складається з таких компонентів:

- діагностика соціально-психологічних проблем;
- психологічне консультування із питань соціально-психологічної адаптації до трудової діяльності та вирішення особистісних проблем;
- психокорекційна та психотерапевтична роботи;
- психологічна реабілітація;
- професійно-психологічна підготовка, котра включає ряд необхідних тренінгів (комунікативний, профорієнтаційний, тренінг упевненості в собі та тренінг про особливості працевлаштування) [71, с. 12].

Психокорекція, як метод психологічної допомоги, повинна звертатись до фундаментальних аспектів негативного психоемоційного стану учасників бойових дій: зниження рівня тривоги та відновлення відчуття особистої цілісності й контролю над тим, що відбувається [95]. Проте, необхідно пам'ятати, що терапевтичні стосунки із клієнтами, що мають прояви негативного психоемоційного стану, надзвичайно складні, оскільки вони містять різні міжособистісні компоненти травматичного досвіду.

Також у процесі психологічної реабілітації учасників бойових дій значне місце посідає психотерапія. Завдяки їй визначається найкращий варіант виходу з психотравмуючої ситуації. Переважно на практиці використовують раціональну психотерапію, навіювання у стані неспання, аутогенне тренування, гіпно- й наркопсихотерапію, а також групову і сімейну психотерапію [25, с. 114]. Адекватні методи психотерапії підбирають залежно від форми психічного

розладу, його перебігу і стадії, властивостей особистості хворого.

На думку Л. Нижник й О. Сагірової, психотерапія проводиться на базі динамічного функціонального зв'язку поміж збереженими елементами особистості і цілеспрямованим психологічним впливом. На початковому етапі планування психотерапевтичної роботи потрібно включити у дію компенсаторні механізми та відокремити розлади психічних функцій від збереженого ядра особистості. Форми та засоби психотерапевтичного впливу обумовлені характером психічних змін та ступенем виразності патологічних вчинків. Варто враховувати основні індивідуальні особливості й структуру особистості учасників бойових дій, а також патологічні зміни особистості під впливом переживань [33, с. 152].

Психотерапевтична допомога учасникам бойових дій передбачає звільнення від спогадів про минуле, які переслідують, й від інтерпретації подальших емоційних переживань, як нагадувань про травму, та ще у тому, щоб клієнт міг активно й відповідально включитись у сьогодення. Для цього йому потрібно знову знайти контроль над своїми емоційними реакціями та знайти для травматичної події, що сталась, належне місце у загальній тимчасовій перспективі свого життя й особистій історії.

Ключовим моментом психотерапії негативного психоемоційного стану учасників бойових дій є інтеграція того чужого, жахливого й неприйнятного, незбагненого, що із ним сталось, у його уявлення про себе (образ «Я»). У зв'язку із цим існує чотири стратегії терапії, які дозволяють досягти даної мети:

1) підтримка адаптивних навичок «Я» (одним із найважливіших аспектів тут являється створення позитивного відношення до терапії);

2) формування позитивного відношення до симптомів (зміст даної стратегії полягає в тім, щоб навчити клієнта сприймати власні розлади, як нормальні для тієї ситуації, яку він пережив, й тим самим запобігти його подальшій травматизації самим лише фактом існування таких розладів);

3) зниження уникання (тому що прагнення уникати усього, що пов'язане із психічною травмою, заважає клієнту переробити його досвід);

4) нарешті, заміна атрибуції сенсу (мета цієї стратегії – це зміна сенсу,

котрий клієнт додає перенесеній психічній травмі, й, таким чином, створити у нього відчуття «контролю над травмою») [63, с. 76].

Виокремлюють три основних напрямки психотерапевтичної допомоги в контексті подолання проявів негативного психоемоційного стану учасників бойових дій: психофізіологічний, психокорекційний, соціально-психологічний.

Так, психофізіологічний напрямок психотерапевтичного впливу включає у себе комплексну психологічну діагностику, котра дозволяє виявити наявність психотравми та ідентифікувати її й провести оцінювання: обстеження з допомогою загальновідомих методик ММРІ, 16-факторного опитувальника Кеттела, тесту Лобі (ставлення до захворювання), РСК (ступінь суб'єктивного контролю), тесту Айзенка, опитувальника САН (самовідчуття, активність та настрої), опитувальника Спілбергера (особистісна й реактивна тривожність), тесту «Потреба в досягненні» тощо. В основу психотерапевтичного впливу покладено наступні методи й відповідні техніки: психологічне консультування, сугестотерапія, гетеро- й ауторелаксаційні техніки, транзактний аналіз, психодрама, музична психокорекція, когнітивна психотерапія, психологічний дебрифінг та метод біологічного зворотного зв'язку [1, с. 98].

Вибір методів і технік психотерапевтичного впливу часто визначається індивідуально-психологічними особливостями кожного індивіда. Головними завданнями психотерапевтичного впливу є: зниження емоційного напруження, навчання основним методам психічної саморегуляції, відновлення функціонального стану організму, підвищення особистісного адаптаційного потенціалу та формування конструктивного стереотипу поведінки, котрий сприяв би успіхам в професійній сфері та особистому житті. Дієвими формами терапевтичного впливу виступають індивідуальні консультації задля учасників бойових дій та членів їхніх сімей, організація бесід щодо особливостей переживання та подолання кризових станів, психологічний дебрифінг та соціально-психологічні тренінги екзистенційної спрямованості [60, с. 71-72].

Через розуміння виникнення й підтримки симптомів негативного психоемоційного стану учасників бойових дій, у межах психотерапевтичного впливу ставляться наступні основні цілі: 1) ідентифікація й зміна негативних

особистісних значень, які надаються травматичній події й її наслідкам; 2) послаблення симптомів повторного проживання та дискримінація тригерів; 3) усунення дисфункційної поведінки й когнітивних стратегій [73, с. 91–92].

Щоб досягти першої мети, в процесі психотерапевтичного впливу використовується спеціальна процедура – поновлення травматичних спогадів (updating trauma memories). Її головні етапи передбачають в собі ідентифікацію болісних моментів травми («гарячих точок») та переоцінку травми й її наслідків, із огляду на зменшення негативних інтерпретацій й більшої відповідності дійсності, а також поновлення особистісних значень, із огляду на переоцінку ситуації. В ході терапії клієнтам пропонують поновити історію травматичної події, зробити це можна у різні способи – наприклад, перепозначити гарячі точки у ході усної розповіді («Тепер я знаю, що...»), чи зробити це подумки, уявляючи, що рани загоїлись, а злочинець в тюрмі [81, с. 168].

Зменшення симптомів повторного переживання й зниження тригерування можливо досягти використовуючи такі техніки психотерапевтичного впливу, як уявне перепроживання події, виписування детальної історії події та перегляд місця події й, власне, дискримінація тригерів. Уявне перепроживання полягає у згадуванні травматичної події у всіх подробицях, із емоціями й відчуттями. Така ж процедура, тільки письмова, відбувається й в ході виписування історії події, коли клієнт встановлює послідовність травматичних ситуацій у всіх деталях і пов'язує їх з попередніми й наступними подіями. Перегляд місця події, якщо це є можливим, відбувається безпосередньо у тій місцевості, де людина зазнала травми, й полягає в фокусуванні на відмінностях між тим, що було тоді, й тим, що є зараз, коли травма минула та людина перебуває у безпеці.

Така техніка психотерапевтичного впливу, як дискримінація тригерів, передбачає детальний аналіз ситуацій, людей, дій, запахів, звуків, котрі спричиняють повторні переживання травми, й роботу по розірванню умовного зв'язка тригер–інтрузія шляхом розуміння того, що це реакції на пам'ять про подію, проте не на реальність. Велику роль в дискримінації тригерів відіграє безпосередня експозиція до них, тобто стикання клієнта із ними у реальній ситуації за підтримки терапевта та близьких, котрі мають переконати його у

тому, що самі по собі тригери не становлять жодної загрози. Усунення дисфункційної поведінки й стратегій сприймання й інтерпретації реальності здійснюють шляхом обговорення та проведення дискусій, сократівських діалогів та поведінкових експериментів, протягом яких клієнти переглядають способи світосприймання й реагування та переконуються у їх неефективності [65, с. 21].

У процесі психологічної реабілітації учасників бойових дій також використовують й такі психотерапевтичні методи:

1. Раціональна психотерапія – клієнтові роз'яснюють причини й механізми негативного психоемоційного стану.

2. Методи психічної саморегуляції для зняття симптомів напруги та тривоги – аутотренінг, активна візуалізація позитивних образів, прогресивна м'язова релаксація.

3. Когнітивна психотерапія – використовують задля переосмислення дезадаптивних думок та зміни негативних установок.

4. Особистісно-орієнтована терапія – дозволяє змінити ставлення клієнта до психотравмуючої ситуації та сприйняти відповідальність якщо не за неї, то за власне відношення до неї.

5. Позитивна терапія та гештальт-підхід засновані на уявленні про те, що існують не лише проблеми й хвороби, а й способи та можливості їх подолання, що властиві кожній людині [48, с. 45–46].

Так, групова терапія – це найчастіше вживаний формат терапії задля клієнтів, котрі пережили травматичний досвід. Вона використовується часто в поєднанні із різними видами індивідуальної терапії. Огляд численних напрямів групової терапії, котрий охоплює когнітивно-біхевіоральні, психоаналітичні й психодраматичні групи, групи самодопомоги та аналізу сновидінь, арттерапії й безліч інших [77, с. 42]. Доцільним є інтенсивне застосовування заходів і методів комплексної медико-психологічної (психофізіологічної) реабілітації зі всіма її формами: клінічною, превентивною, функціональною та психологічною.

Важливо, що психотерапевтична робота із клієнтами, котрі страждають на прояви негативного психоемоційного стану, визначена як:

1. Повторне емоційне переживання травми у безпечному просторі

підтримуючої групи та розділення цього переживання із терапевтом й групою (при цьому терапевту не варто форсувати процес).

2. Спілкування у групі із людьми, котрі мають схожий травматичний досвід, що дає змогу зменшити відчуття ізоляції та відчуженості, сорому й підсилити відчуття приналежності, доцільності та спільності, не зважаючи на унікальність травматичного переживання кожного з учасників групи.

3. Здатність спостерігати за тим, як інші проживають спалахи інтенсивних афектів на фоні суспільної підтримки від терапевта й членів групи.

4. Спільне навчання методам таких, хто впорався із наслідками особистої травми.

5. Можливість бути у ролі того, хто допомагає (підтримує, вселяє впевненість та здатен повернути відчуття власної гідності), що дозволяє подолати відчуття своєї власної нецінності («мені нічого запропонувати іншому»), зміна фокусу з відчуття власної ізолюваності й негативних думок.

6. Здобуття досвіду нових взаємин, котрі допомагають учасникам групи прийняти стресову подію у інший, більш адаптивний спосіб [71, с. 14].

Активно в практиці роботи з учасниками бойових дій із проявами негативного психоемоційного стану використовуються групові форми психотерапевтичного впливу, зокрема тренінгові. Психотерапевтичний вплив засобами тренінгу здійснюється на ступені психофізіологічних функцій психічних станів й психологічних утворень, детермінуючих і регулюючих процес поведінки й діяльності людини.

У процесі психотерапевтичного впливу, з метою подолання негативного психоемоційного стану учасників бойових дій, значне місце займають копінг-стратегії, тобто стратегії співіснування із труднощами й урегулювання взаємовідносин із середовищем. Дані стратегії пов'язані із такими поняттями, як життєстійкість та стресостійкість. Копінг-поведінка виникає, коли людина потрапляє у кризову ситуацію. Провідними характеристиками кризової ситуації являються психічна напруженість, значущі хвилювання, як особлива внутрішня робота по поборенню життєвих подій чи травм, зміна самооцінки та мотивації, а також виражена потреба у їх корекції ззовні [57, с. 22].

В деяких теоріях копінг-поведінки виділяються такі базисні стратегії подолання негативного психоемоційного стану учасників бойових дій: вирішення проблем, пошук соціальної підтримки й уникнення. Стратегія вирішення проблем – швидка поведінкова стратегія, за якої особа прагне застосовувати особові ресурси, усе що в неї є, задля пошуку можливих способів результативного вирішення проблеми. Стратегія пошуку суспільної підтримки – активна поведінкова стратегія, за котрої для ефективного вирішення проблеми учасник бойових дій звертається по допомогу й підтримку до її оточуючого середовища: сім'ї, друзів чи значущих осіб. Стратегія уникнення – поведінкова стратегія, коли учасник бойових дій прагне уникати контакту із дійсністю, що її оточує, та утекти від вирішення проблем [57].

До адаптивних варіантів копінг-стратегії поведінки у поведінковій сфері відносять співпрацю, звернення і альтруїзм [2]. Ці прояви відображають таку поведінку людини, за якої вона вступає у взаємодію у найближчому соціальному оточенні чи сама пропонує її людям, щоб подолати труднощі.

Потенціал подолання стресогенних подій лежить в виборі успішних пристосувальних стратегій поведінки, а рівень розвитку й репертуар механізмів мають велике значення, як для соціально-психологічного функціонування особистості, так й для збереження психічного благополуччя. Ефективність адаптації визначають, як за об'єктивними показниками досягнень, так й за суб'єктивною задоволеністю людини власними досягненнями у тій професійній і соціально-економічній позиції, котру вона займає [63, с. 183].

Психотерапевтичне лікування учасників бойових дій з проявами негативного психоемоційного стану передбачає звільнення від спогадів про минуле, котрі її переслідують, й від інтерпретації майбутніх емоційних переживань, як нагадувань про травму, а також в тім, щоб клієнт міг активно та відповідально включитись у сьогодення. Для цього йому потрібно знову знайти контроль над емоційними реакціями та знайти належне місце у перспективі свого життя й особистої історії для травматичної події, котра сталась. Ключовим моментом психотерапії учасників бойових дій із проявами негативного психоемоційного стану являється інтеграція чужого, неприйнятного, жахливого

й незбагненого, що сталося, в уявлення про самого себе (образ «Я») [4, с. 12].

Установлення ефективності символдрами при подоланні негативного психоемоційного стану учасників бойових дій проведеного Р. Нільсон і Т. Ватсбі встановлено, що в учасників бойових дій, після терапевтичної інтервенції, спостерігалось суттєве зниження за всіма симптомами негативного психоемоційного стану – агресивність, тривога, депресивність та дисоціація, в порівнянні із вихідними показниками. Принципове значення несе активізація «ресурсів» – позитивних характеристик особистості, котрі можуть бути доступними, щоб зміцнити здатність учасників бойових дій справлятися із минулим травматичним досвідом [17, с. 34].

Метод «дебрифінгу стресу критичного інциденту» – відома форма кризової інтервенції, розроблена американським психологом Д. Мітчелом, продемонстрований, як групова психокорекційна техніка в випадках, коли люди прожили спільну травму, зазнавши впливу надзвичайних подій. Це можуть бути групи осіб, що створені за ознакою професійної належності, спільної діяльності або ж об'єднані загальною пережитою травмуючою ситуацією [21, с. 18]. Зазвичай, у гострій фазі постстресових порушень групові форми не використовують, проте на етапах завершення катастрофічної ситуації їх застосування являється адекватним й ефективним. Людина, що пережила травматичні події, виводиться із шокowego стану, стадії заперечення й лиш після цього стає готовою до групової форми рефлексії та прийняття реальності свого травматичного досвіду. Метою дебрифінгу є мінімізація негативних психологічних наслідків та попередження посттравматичних стресових ситуацій в учасників бойових дій.

Щоб досягти мету дебрифінгу, вирішують такі завдання: «опрацювання» вражень, реакцій та почуттів; когнітивна організація пережитого досвіду через розуміння структури й змісту подій, які відбулись, та реакцій на них; зменшення індивідуального й групового напруження; зменшення відчуття унікальності та ненормальності власних реакцій. Це вирішується через групове обговорення почуттів; мобілізацію внутрішніх і зовнішніх групових ресурсів, посилення групової підтримки, солідарності та розуміння; підготовку до переживання тих

симптомів та реакцій, котрі можуть виникнути у найближчому майбутньому; визначення засобів подальшої допомоги, в разі необхідності. Поряд із дебрифінгом у гострий період, деякі автори вважають його показаним й у більш пізні терміни (до 4-х місяців після отриманої психічної травми) [8, с. 13].

Таким чином, проведення з метою психологічної реабілітації учасників бойових дій психокорекційних впливів, психотерапевтичної роботи та інших форм і засобів подолання негативного психоемоційного стану сприяє формуванню усвідомленого сприйняття самого себе та свого внутрішнього стану, емоцій і почуттів; впевненості у своїх силах; впливатиме на покращення психологічного здоров'я; здійснюватиме профілактику порушень психіки та емоційних розладів. Психореабілітаційна робота з учасниками бойових дій спрямовується на повторне емоційне переживання травми у безпечному просторі підтримуючої групи, розділення цього переживання із терапевтом та групою; спілкування у групі з людьми, котрі мають схожий травматичний досвід, що дає змогу зменшити відчуття ізоляції та відчуженості і підсилити відчуття приналежності, доцільності та спільності; можливість спостерігати за тим, як інші люди переживають спалахи інтенсивних афектів на фоні соціальної підтримки від терапевта та членів групи; спільне навчання методам тих людей, хто впорався із наслідками особистої травми; можливість бути у ролі того, хто допомагає; здобуття досвіду нових взаємин, котрі допомагають учасникам групи прийняти стресову подію у інший, більш адаптивний спосіб.

Висновки до розділу 1

Поняття реабілітації визначено як окремий вид діяльності, спрямованої на здійснення організаційних, економічних, правових, культурних, освітніх, лікувальних, оздоровчих та інших соціальних заходів щодо покращення фізичного та функціонального стану, працездатності й відновлення честі, гідності, прав і свобод певних категорій населення, порушених хворобами, травмами, фізичними, хімічними та іншими соціальними чинниками. Психологічну реабілітацію визначено як комплекс заходів із відновлення

психологічного здоров'я і благополуччя особи, спрямований на розширення психологічних можливостей в її особистісному та соціальному функціонуванні; як систему заходів, спрямованих на відновлення, корекцію психічного й особистісного здоров'я, створення сприятливих умов для розвитку та утвердження людини. Охарактеризовано форми психологічної реабілітації: навчання; стимуляцію; повідомлення корисної інформації; демонстрацію ефективних моделей поведінки; консультування; психотерапію та ін.

Визначено, що для виникнення проявів негативного психоемоційного стану необхідно, щоб учасник бойових дій відчув дію стресора, який виходить за межі звичайного досвіду людини і здатний викликати дистрес. Поява проявів негативного психоемоційного стану учасників бойових дій визначається взаємним впливом травмуючої події, а також індивідуальних особливостей особистості та соціальних й соціально-психологічних факторів. Критеріями наявності в учасників бойових дій негативного психоемоційного стану є: пережитий стресовий стан, нічні кошмари зі сценами пережитого, відчуття провини перед загиблими, напливи спогадів, спроби уникнення емоційних навантажень та страху, непевності й неприємних спогадів, небажання контактувати із оточенням, підвищена дратівливість, зниження уваги та концентрації, виникнення психопатій й антисоціальної поведінки (алкоголізм, наркоманія, відсутність поваги до офіційних осіб, цинізм тощо)

Показано, що проведення з метою психологічної реабілітації учасників бойових дій психокорекційних впливів, психотерапевтичної роботи та інших форм і засобів подолання негативного психоемоційного стану сприяє формуванню усвідомленого сприйняття самого себе та свого внутрішнього стану, емоцій і почуттів; впевненості у своїх силах; впливатиме на покращення психологічного здоров'я; здійснюватиме профілактику порушень психіки та емоційних розладів. Психореабілітаційна робота з учасниками бойових дій спрямовується на повторне емоційне переживання травми у безпечному просторі підтримуючої групи, розділення цього переживання із терапевтом та групою; спілкування у групі з людьми, котрі мають схожий травматичний досвід, що дає змогу зменшити відчуття ізоляції та відчуженості і підсилити відчуття

приналежності, доцільності та спільності; можливість спостерігати за тим, як інші люди переживають спалахи інтенсивних афектів на фоні соціальної підтримки від терапевта та членів групи; спільне навчання методам тих людей, хто впорався із наслідками особистої травми; можливість бути у ролі того, хто допомагає; здобуття досвіду нових взаємин, які допомагають учасникам групи сприйняти стресову подію у інший, більш адаптивний спосіб.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

2.1. Організація та методика емпіричного дослідження

Підібрано психодіагностичний інструментарій емпіричного дослідження проявів негативного психоемоційного стану учасників бойових дій. Відбір методик здійснювався відповідно до мети та завдань роботи. Кожна з методик підібрана у відповідності з особливостями учасників бойових дій та критеріями валідності й надійності. Так, для дослідження негативного психоемоційного стану учасників бойових дій було дібрано такий діагностичний інструментарій:

1. Методика визначення стресостійкості й соціальної адаптації Холмса-Раге (Додаток А).
2. Тест «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка (Додаток Б).
3. Методика діагностики рівня невротизації Л. Вассермана (Додаток В).
4. Фрайбурзький особистісний опитувальник FPI (Додаток Г).

Методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса-Раге складається з оцінки стресових подій, котрі відбулися із особистістю упродовж поточного року, і визначає високий, середній і низький рівні наявності стресового розладу. Автори дійшли висновку, що психічним й фізичним хворобам зазвичай передують певні серйозні зміни у житті. Вони склали шкалу факторів, в якій кожній значущій події відповідає певне число балів залежно від ступеня стресогенності [1].

Методика визначення стресостійкості й соціальної адаптації Холмса-Раге діагностує стресостійкість і соціальну адаптацію. Стресостійкість – це здатність кандидата витримувати великі психофізичні навантаження та переносити стреси без шкоди для психіки і всього організму. Слід мати на увазі, що сама реакція на стрес погано піддається коригуванню, проте джерело стресу і постстресову поведінку коригувати можна. Соціальна адаптація – це процес адаптації індивіда до умов соціального середовища. Чим вищий рівень соціальної адаптації особистості, тим швидше вона адаптується в мікросоціумі.

Бланк тесту містить список психотравмуючих подій у повсякденному житті людини за останній рік, які мають різне емоційне забарвлення та значимість. Кожна з подій оцінюється за 100-бальною шкалою. За умови, що будь-яка ситуація виникала частіш, ніж один раз, то бали слід помножити на

вказану кількість повторів. Результат тесту трактується таким чином.

Менше 150 балів – велика опірність стресу. Мінімальна ступінь стресового навантаження. Незалежно від спрямованості й характеру, будь-яка діяльність тим ефективніша, чим вище рівень стресостійкості. Це дає можливість говорити про діяльність людини як таку, котра має сильний стресогенний характер. Підвищення ступеня стресостійкості особистості прямо й безпосередньо веде до продовження життя.

150–199 балів – це висока опірність стресу. Енергія і ресурси людини не витрачаються на боротьбу із негативними психологічними станами, котрі виникають у процесі стресу. Тому будь-яка діяльність особи, незалежно від її спрямованості й характеру, стає ефективнішою. Це дає змогу говорити про діяльність людини як таку, яка має стресогенний характер.

200–299 балів – порогова опірність стресу. Стійкість до стресу знижується із збільшенням стресових ситуацій в житті. Це призводить до того, що особа змушена значну частку енергії й ресурсів витратити на боротьбу із негативними психологічними станами, які виникають у процесі стресу. Це надає можливість говорити про діяльність людини як таку, що у незначній мірі має стресогенний характер. Як правило, віруюча людина, більш стресостійка через свою внутрішню здатність до духовного самообмеження та смирення.

300 й більше – низька опірність стресу (вразливість). Особистість змушена значну частку своєї енергії й ресурсів витратити на боротьбу із негативними психологічними станами, які виникають у процесі стресу. Велика кількість балів – сигнал тривоги, що попереджає про небезпеку. Отже, треба терміново щось зробити, щоб ліквідувати цей стрес. Коли сума балів понад 300, то людині загрожує психосоматичне захворювання, бо вона близька до загрозової фази нервового виснаження.

Для оцінки станів тривожності та фрустрації, агресивності й ригідності учасників бойових дій було використано тест «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка [65]. Тест дозволяє оцінити певні неадаптивні стани (тривога, фрустрація та агресія) й властивості особистості (тривожність та фрустрованість, агресивність й ригідність).

Методика «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка включає такі шкали:

Шкала «тривожність» – це переживання емоційного неблагополуччя, що пов'язане із передчуттям небезпеки чи невдачі. Будь-яка нестабільність чи порушення звичного ходу подій може привести до розвитку тривожності.

Шкала «фрустрація» (від лат. *frustratio* – обман, марне очікування, невдача, розлад, руйнування планів чи задумів) – це психічний стан, який виникає у ситуації розчарування, нездійснення певної значущої для людини мети або потреби. Виявляється він у гнітючій напрузі, тривожності та відчутті безвихідності й відчаю. Виникає у ситуації, котра сприймається особистістю, як невідворотна загроза для досягнення значущої для неї цілі, реалізації тієї чи іншої її потреби. Сила фрустрації залежить від ступеня значущості дії, яка блокується, й від близькості його до наміченої мети. Як реакція на стан фрустрації можуть відбуватись подальші основні типи дій: «відхід» від реальної ситуації у область фантазій, марень чи мрій; виникнення внутрішньої тенденції до агресії, котра або затримується, проявляючись у вигляді дратівливості, чи відкрито проривається як гнів; загальний «регрес» поведінки, а саме перехід до легших й примітивніших способів дії, часта зміна занять та ін. Як наслідок фрустрації, часто спостерігається залишкова невпевненість в собі та фіксація способів дії, що застосовувались у ситуації фрустрації.

Шкала «ригідність» – це ускладнення (аж до повної нездатності) у зміні наміченої суб'єктом програми діяльності за умов, що вимагають її перебудови. Виділяють афектну, когнітивну й мотиваційну ригідність. Афектна ригідність виражається в відсталості афектних (емоційних) відгуків на об'єкти емоцій, котрі змінюються. Когнітивна ригідність виявляється у труднощах перебудови сприйняття й уявлень у ситуації, яка змінилась. Мотиваційна ригідність виявляється у перебудові системи мотивів у обставинах, що вимагають від суб'єкта гнучкості й зміни характеру поведінки. Рівень ригідності, котра проявляється суб'єктом, зумовлюється взаємодією його особистісних особливостей із характером середовища, в тому числі ступінь складності завдання, яке перед ним стоїть, його привабливості для нього та наявності небезпеки, монотонності стимуляції й так далі.

Шкала «агресивність» – це стійка характеристика суб'єкта та його схильність, що відображає ставлення до поведінки, метою якої виступає спричинення шкоди оточуючим, чи подібний афективний стан (злість та гнів). Хоча й агресивність відігравала вирішальну роль у процесі еволюції людини, є фактом, що вона не властива людині із самого народження. Причинами агресивності можуть бути конфлікти різного роду, зокрема внутрішні, при цьому емпатія, децентрація та ідентифікація – стримують агресію, бо є ключем до розуміння інших й усвідомлення їх самоцінності.

Щоб виявити рівень невротизації учасників бойових дій була використана методика діагностики рівня невротизації Л. Вассермана, котра складається з сорока запитань й визначає високий, середній і низький рівні невротизації.

Інтерпретація рівнів невротизації проводиться за такими рівнями: високий рівень невротизації від 20 і вище балів, середній рівень – від 10 до 19 балів, низький рівень – від 1 до 9 балів. Високий рівень невротизації говорить про виражену емоційну збудливість, у результаті чого з'являються такі негативні переживання, як напруженість, тривожність, розгубленість, неспокій та дратівливість; про безініціативність, котра формує переживання, що пов'язані із незадоволеністю бажань; про езопову особистісну спрямованість, яка призводить до іпохондричної фіксації на своїх соматичних відчуттях й особистісних недоліках; про труднощі в спілкуванні; про соціальну боязкість і залежність. Низький рівень невротизації свідчить про емоційну стійкість, позитивні переживання (спокій та оптимізм), ініціативність та почуття власної гідності, незалежності, соціальної сміливості й про легкість в спілкуванні.

Дослідження психологічних властивостей учасників бойових дій також здійснювалось за *опитувальником FPI* (Фрайбурзький особистісний опитувальник), що спрямований на визначення станів й властивостей особистості, котрі мають надважливе значення для процесів адаптації. Фрайбурзький особистісний опитувальник (Freiburg Personality Inventory, FPI) призначається для діагностики станів і властивостей особистості, котрі мають важливе значення задля процесу соціальної адаптації й регуляції поведінки. FPI являється багатофакторним особистісним опитувальником для обстеження дорослих людей. Його розробка

розпочата Х. Зелгом, Й. Фаренбергом та Р. Гампелом у 1963 р. Опитувальник містить такі висловлювання, котрі стосуються емоційних станів, способів поведінки, орієнтацій, ставлення до життєвих труднощів й т. д.

FPI за властивостями подібний до MMPI. Тест був розроблений за допомогою факторного аналізу. Форма «В» тесту діагностує 12 чинників: I «Невротичність»; II «Товариськість»; III «Депресивність»; IV «Дратівливість»; V «Спонтанна агресивність»; VI «Врівноваженість»; VII «Реактивна агресивність»; VIII «Емоційна лабільність»; IX «Відкритість»; X «Екстраверсія»; XI «Стриманість/Сором'язливість»; XII «Маскулінність – фемінінність». Шкали опитувальника I–IX являються базовими, а X–XII – похідними. Первинні оцінки по кожному фактору переводяться в стенографи. Конструкція опитувальника відрізняється обдуманістю й перевіркою психометричних показників. Перевагою даного тесту являється наявність пари шкал агресивності, за допомогою котрих можна окремо діагностувати два основних й якісно різних типи агресивності – спонтанної (проактивної) і реактивної (домінантності).

Методика FPI містить такі шкали: спонтанна агресивність, невротичність, депресивність, комунікабельність, дратівливість, врівноваженість, реактивна агресивність, відкритість, сором'язливість, емоційна лабільність, «екстраверсія–інтроверсія» та «маскулінність–фемінінність».

Шкала «невротичність» характеризує рівень невротизації індивідуальності. Високі показники свідчать про невротичний синдром астенічного типу зі значними психосоматичними порушеннями.

Шкала «спонтанна агресивність» дозволяє виявити й оцінити психопатизації інтротенсивного типу. Високі оцінки говорять про підвищений рівень психопатизації, а це створює передумови для агресивної поведінки.

Шкала «депресивність» дає змогу діагностувати ті ознаки, які характерні для психопатологічного депресивного синдрому. Високі оцінки по даній шкалі указують на наявність цих ознак у емоційному стані, в поведінці, у відношенні до себе й соціального середовища.

Шкала «дратівливість» – допомагає визначити емоційну стійкість учасників бойових дій – учасників операції об'єднаних сил. Високі оцінки за

даною шкалою свідчать про нестійкий емоційний стан особистості, з схильністю до афективної реакції.

Шкала «комунікабельність» – характеризує як потенційні можливості, так й реальні прояви соціальної активності учасників бойових дій. Високі бали за цією шкалою дають змогу стверджувати про наявність вираженої потреби в спілкуванні та постійної готовності до задоволення даної потреби.

Шкала «врівноваженість» – засвідчує стійкість до стресу. Високі бали за цією шкалою говорять про хорошу захищеність проти дії стрес-факторів звичайних життєвих ситуацій, що являється похідною впевненості у власних силах, оптимістичності та активності.

Шкала «реактивна агресивність» має на меті виявити ознаки психопатизації екстрасивного типу. Високі оцінки характерні для агресивного відношення до соціального оточення й виразним прагненням до домінування.

Шкала «сором'язливість» – віддзеркалює схильність учасників бойових дій до стресової реакції на звичайні життєві ситуації, які розвертаються за пасивно-захисним сценарієм. За цією шкалою високі оцінки свідчать про наявність невпевненості, тривожності та скованості, наслідком чого являються труднощі у соціальних контактах.

Шкала «відкритість» – дає змогу описати відношення учасників бойових дій до соціального оточення та рівень самокритичності. Високі оцінки за цією шкалою свідчать про прагнення до відверто-щирих відносин з оточуючими людьми у парі із високим рівнем самокритичності.

Шкала «екстраверсія – інтроверсія» – високі оцінки за цією шкалою свідчать про виражену екстравертованість учасників бойових дій, низькі оцінки за цією шкалою – про інтровертованість.

Шкала «емоційна лабільність» – високі оцінки за цією шкалою вказують на нестійкість емоційного стану, який проявляє себе в коливаннях настрою, підвищеній збудливості, дратівливості та недостатній саморегуляції. Низькі оцінки за цією шкалою характеризують не просто високу стабільність емоційного стану, а й уміння володіти собою.

Шкала «маскулінність – фемінність» – високі бали за цією шкалою

засвідчують, що психічні процеси особистості протікають переважно за чоловічим сценарієм, низькі – за жіночим.

Аналіз результатів слід починати з перегляду всіх відповідних бланків, заповнених випробуваними, уточнюючи, яку саме відповідь було дано на перше питання. При негативній відповіді, яка каже про небажання випробуваного відверто відповідати на поставлені питання, дослідження потрібно вважати таким, що не відбулося. В разі позитивної відповіді на перше питання, після обробки результатів експерименту уважно вивчають графічне зображення профілю особистості, виділяють усі високі й низькі оцінки. До низьких відносять оцінки у 1–3 бали, до середніх – 4–6 балів, а до високих – 7–9 балів. Особливу увагу слід звернути на оцінку за шкалою IX, яка не має значення для загальної характеристики вірності відповідей.

Отже, для дослідження проявів негативного психоемоційного стану учасників бойових дій запропоновано діагностичний інструментарій, що охоплює такі методики, як методика визначення стресостійкості й соціальної адаптації Холмса-Раге, тест «Самооцінка психологічних станів» Г. Айзенка, методика діагностики ступеня невротизації Л. Вассермана та Фрайбурзький особистісний опитувальник (FPI). У результаті обстеження за цим взаємодоповнювальним комплексом діагностичних методик дозволило отримати розгорнуті емпіричні показники такого складного психологічного феномену, як прояви негативного психоемоційного стану учасників бойових дій.

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження психоемоційного стану учасників бойових дій

Визначення теоретичних підходів до вивчення проявів негативного психоемоційного стану учасників бойових дій дало змогу провести емпіричне дослідження. В емпіричному дослідженні брало участь 57 учасників бойових дій віком від 28 до 42 років. Досліджувані мали різний загальновійськовий стаж та різну тривалість участі в бойових діях. В емпіричному дослідженні брали участь лише учасники бойових дій, котрі безпосередньо були задіяні в бойових діях.

Згідно із результатами, отриманими за методикою визначення стресостійкості й соціальної адаптації Холмса-Раге, виявлено, що у 58% учасників бойових дій переважає високий рівень наявності стресового розладу, у 36% – середній, а в 6% – низький. У учасників бойових дій переважним є високий рівень наявності стресового розладу.

Результати, здобуті за цією методикою, показані на рис. 2.1.

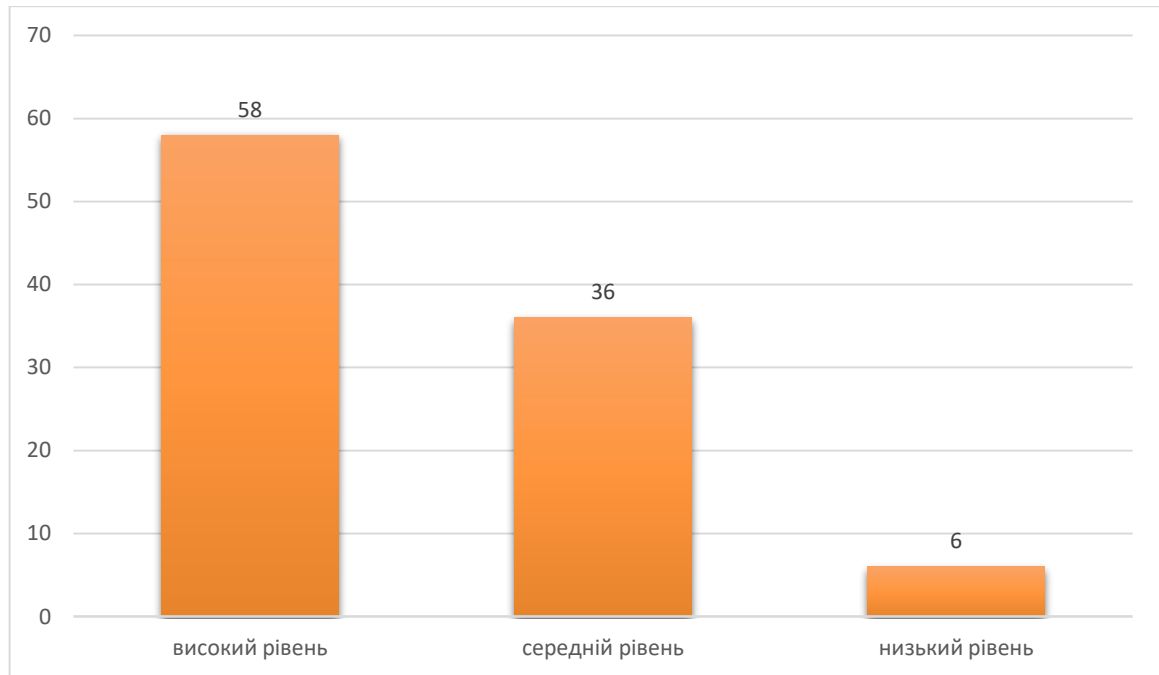


Рис. 2.1 Рівні прояву стресового розладу в учасників бойових дій

Так, у 58% учасників бойових дій виявлено низьку опірність стресу (вразливість). Вони змушені значну частку своєї енергії й ресурсів витратити на боротьбу із негативними психологічними станами, які виникають у процесі стресу. Це сигнал тривоги, що попереджає про небезпеку, тому потрібно терміново ліквідувати цей стрес. У деяких випадках людині загрожує психосоматичне захворювання, вона близька до нервового виснаження.

У 36% учасників бойових дій виявлено порогову опірність стресу. Стійкість до стресу в них знижується із збільшенням стресових ситуацій у житті. Це призводить витрачання значної частки енергії й ресурсів на боротьбу із негативними психологічними станами, що виникають у процесі стресу.

Лише у 6% учасників бойових дій виявлено велику опірність стресу, тобто

мінімальний рівень стресового навантаження. Підвищення рівня стресостійкості особистості прямо й безпосередньо веде до підвищення якості життя.

Результати, здобуті за методикою «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка, показані на рис. 2.2.

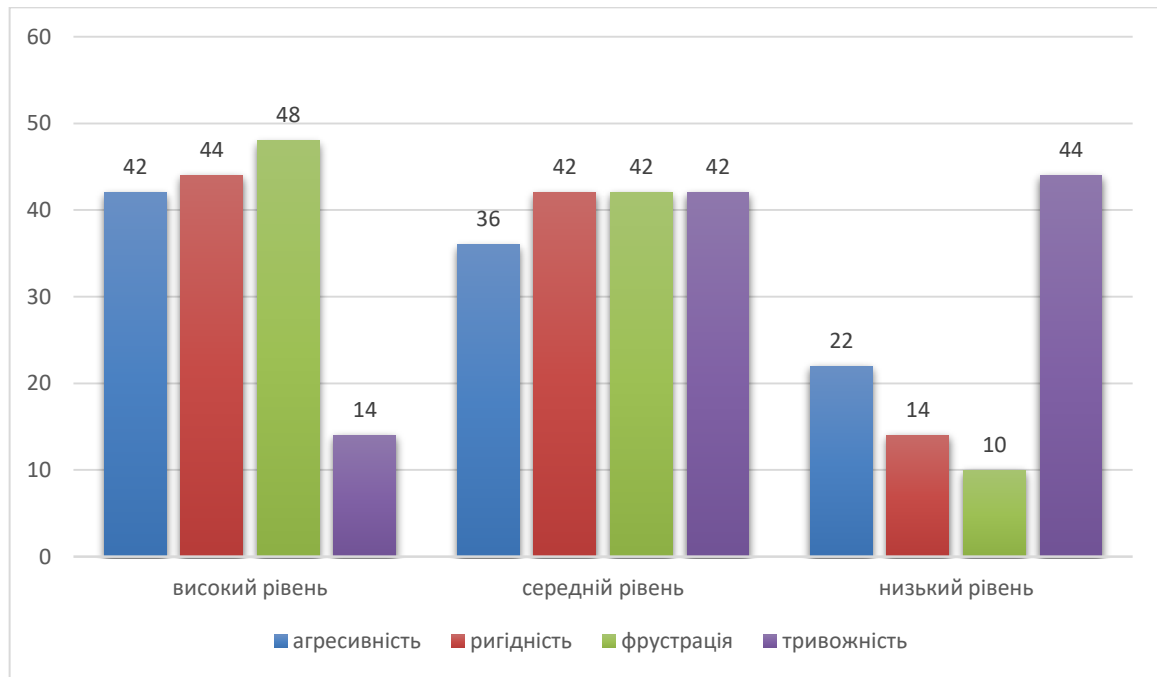


Рис. 2.2. Рівні прояву психічних станів у учасників бойових дій

Згідно із результатами, отриманими за допомогою методики «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка, було виявлено, що у 14% учасників бойових дій переважає високий рівень тривожності, у 42% середній, а в 44% низький. Здобуті результати свідчать, що в аналізованих учасників бойових дій переважає низький рівень тривожності.

У 48% учасників бойових дій переважає високий рівень фрустрації, у 42% середній, а в 10% низький. Цьому стану притаманні розчарування, нездійснення значущої мети. При переживанні фрустрації часто спостерігається залишкова невпевненість у собі та фіксація способів дії, що застосовувались у ситуації фрустрації.

Також у 44% учасників бойових дій переважає високий рівень ригідності, у 42% середній, а в 14% низький.

У 42% учасників бойових дій переважає високий рівень агресивності, у

36% середній, а в 22% низький. Це свідчить про те, що в учасників бойових дій переважним є високий рівень агресивності, так як вони брали активну участь в бойових діях.

Згідно із результатами, отриманими згідно з методикою діагностики рівня невротизації Л. Вассермана, було виявлено, що у 48% учасників бойових дій переважає високий рівень невротизації, у 38% середній, а в 14% низький. Це свідчить про те, що у учасників бойових дій переважає високий рівень невротизації (рис. 2.3).

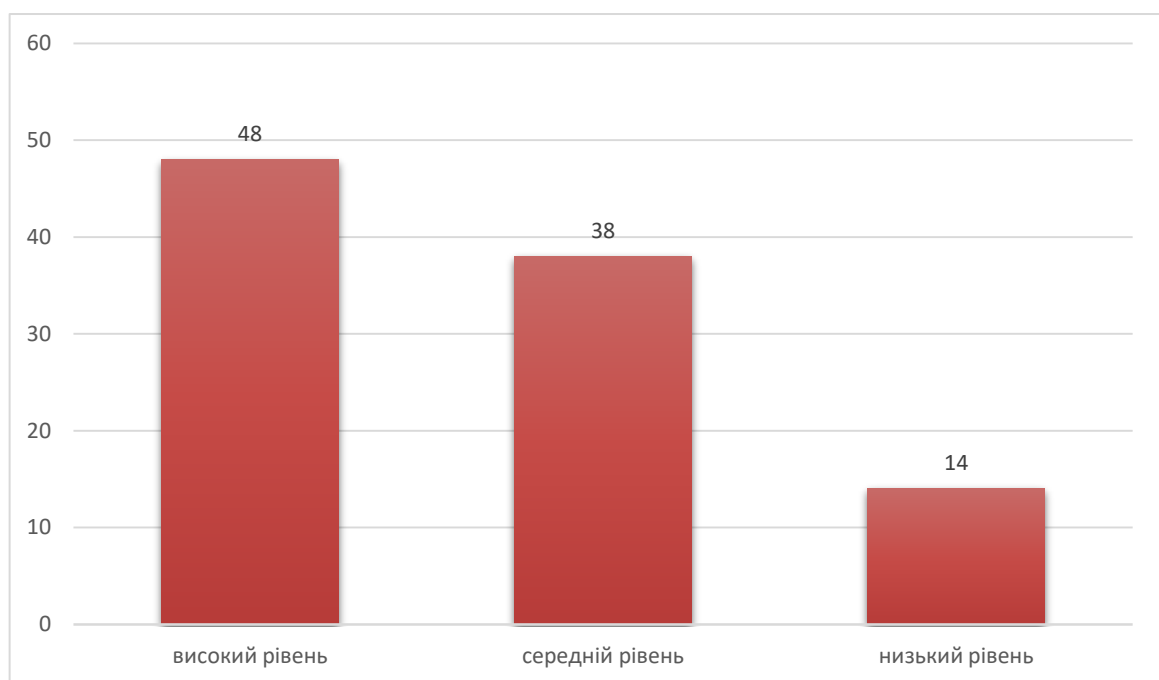


Рис. 2.3. Рівні прояву невротизації у учасників бойових дій

Згідно із результатами, отриманими за опитувальником FPI, було встановлено, що у 46% учасників бойових дій переважає високий рівень невротичності, у 32% середній, а в 22% низький рівень прояву цієї ознаки (рис. 2.4 та рис. 2.5).

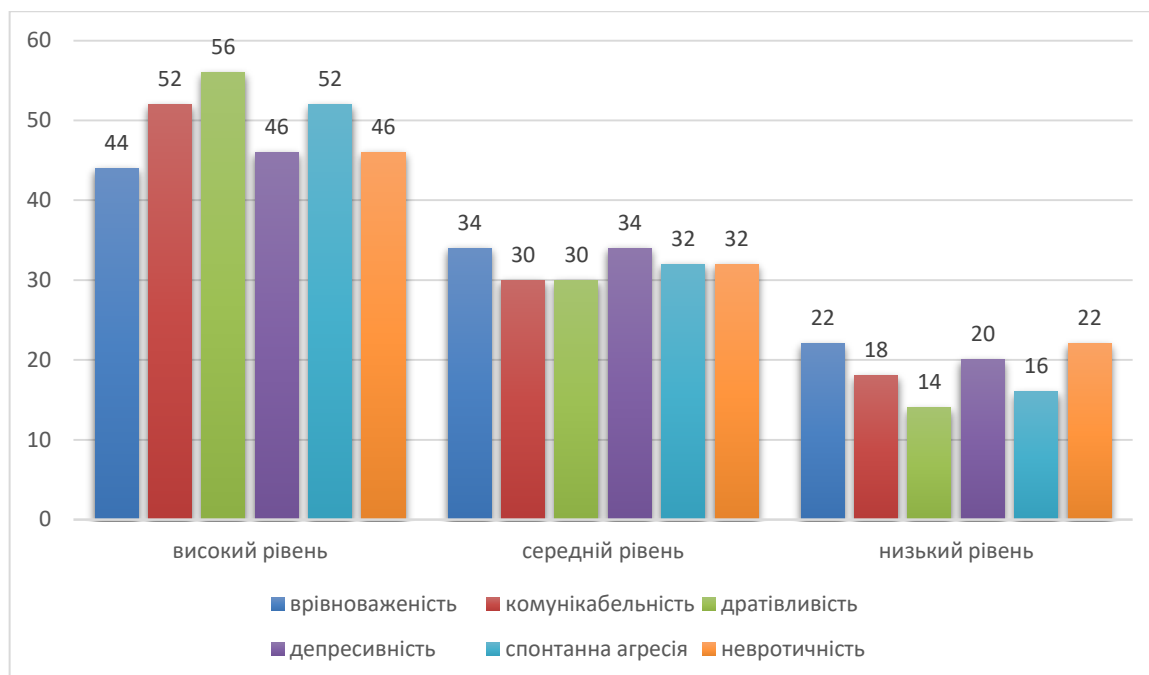


Рис. 2.4 Рівні прояву особистісних рис у учасників бойових дій

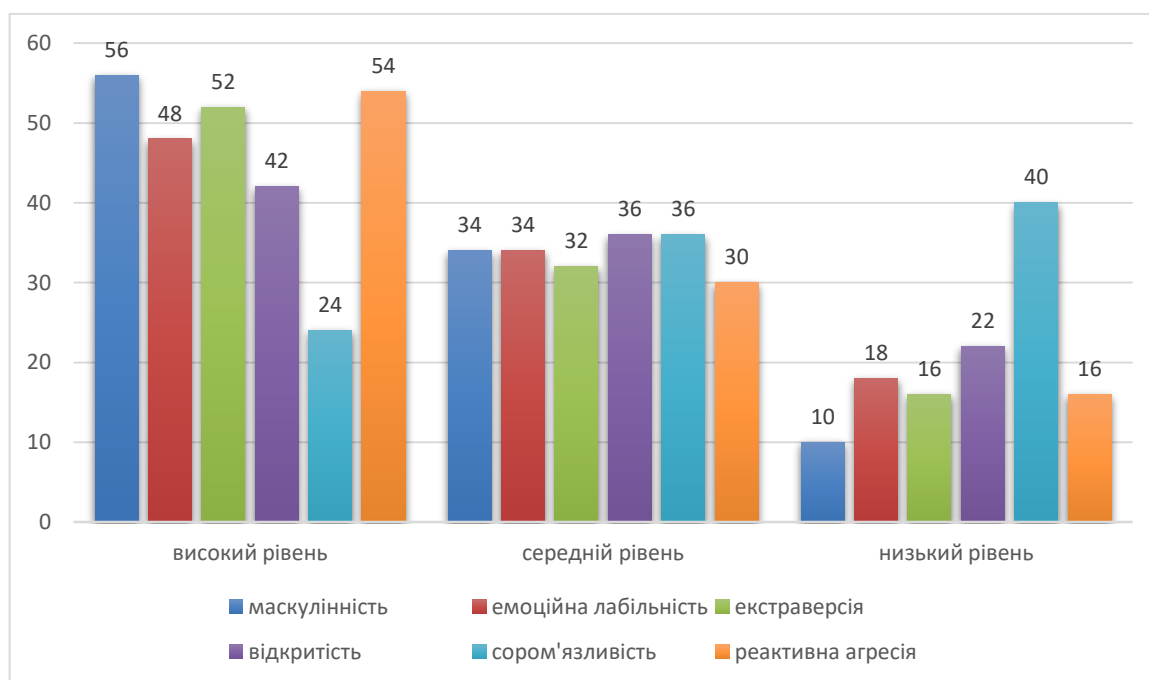


Рис. 2.5 Рівні прояву особистісних рис у учасників бойових дій

У 52% учасників бойових дій переважає високий рівень прояву спонтанної агресії, у 32% середній, а в 16% низький рівень цієї ознаки.

Також у 46% осіб учасників бойових дій переважає високий рівень депресивності, у 34% середній, а в 20% низький рівень даної ознаки. Це свідчить, що у більшості учасників бойових дій переважає високий рівень невротичності,

спонтанної агресії та депресивності. Це пояснюється тим, що учасники бойових дій відчують тривогу за власне майбутнє.

Також у 56% учасників бойових дій переважає високий рівень дратівливості, у 30% середній, а в 14% низький. Високий рівень дратівливості характеризується нестійким емоційним станом учасників бойових дій із схильністю до афективного реагування.

У 52% опитаних учасників бойових дій переважає високий рівень комунікабельності, у 30% середній, а в 18% низький рівень цієї ознаки. У учасників бойових дій переважає високий рівень комунікабельності.

У 44% учасників бойових дій переважає високий рівень врівноваженості, у 34% середній, а в 22% низький рівень прояву такої ознаки. Учасники бойових дій більше врівноважені, бо вони намагаються контролювати свої власні емоційні переживання.

У 54% осіб учасників бойових дій переважає високий рівень реактивної агресії, у 30% середній, а у 16% низький рівень прояву даної ознаки. Це свідчить про те, що учасники бойових дій схильні до агресивної поведінки, а також прагнуть до домінування.

Також у 24% учасників бойових дій переважає високий рівень сором'язливості, у 36% середній, а в 40% низький рівень сором'язливості.

У 42% учасників бойових дій переважає високий рівень відкритості, у 36% середній, а в 22% низький рівень даної ознаки. Це свідчить про те, що в учасників бойових дій переважним є високий рівень відкритості та прагнення до відверто-щирих відносин з оточуючими.

У 52% учасників бойових дій переважає високий рівень екстраверсії, у 32% середній, а в 16% низький. У учасників бойових дій переважає вищий рівень екстраверсії, оскільки вони більшою мірою схильні до дратівливості.

Також у 48% учасників бойових дій переважає високий рівень емоційної лабільності, у 34% середній, а в 18% низький рівень цієї ознаки. У учасників бойових дій переважає вищий рівень емоційної лабільності, адже вони більшою мірою схильні до коливання настрою.

У 56% учасників бойових дій переважає високий рівень маскулінності, у

34% середній, а в 10% низький рівень прояву такої ознаки. Це свідчить, що у учасників бойових дій переважає маскулінність.

Якісний аналіз проявів негативного психоемоційного стану учасників бойових дій визначив три його рівні – високий, середній та низький.

Низький рівень проявів негативного психоемоційного стану учасників бойових дій характеризується низьким рівнем стресового розладу, тривожності, фрустрації, агресивності, невротизації, депресивності, дратівливості, наявністю комунікативних здібностей, а також високою врівноваженістю, відкритістю, екстраверсією, маскулінністю.

Середній рівень проявів негативного психоемоційного стану учасників бойових дій характеризується наявністю стресового розладу, фрустрації, частковим проявом тривожності, агресивності, депресивності, невротизації, дратівливості та схильності до ризику, нечітко вираженими комунікативними здібностями, а також помірною врівноваженістю, відкритістю, екстраверсією, маскулінністю.

Високий рівень проявів негативного психоемоційного стану учасників бойових дій представлений наявністю стресового розладу, фрустрації, проявом тривожності, агресивності, депресивності, невротизації, дратівливості та відсутністю схильності до ризику, а також недостатньо вираженими комунікативними здібностями, відсутністю відкритості й врівноваженості, інтроверсією та маскулінністю.

Кількісні дані прояву рівнів негативного психоемоційного стану учасників бойових дій представлені на рис. 2.6.

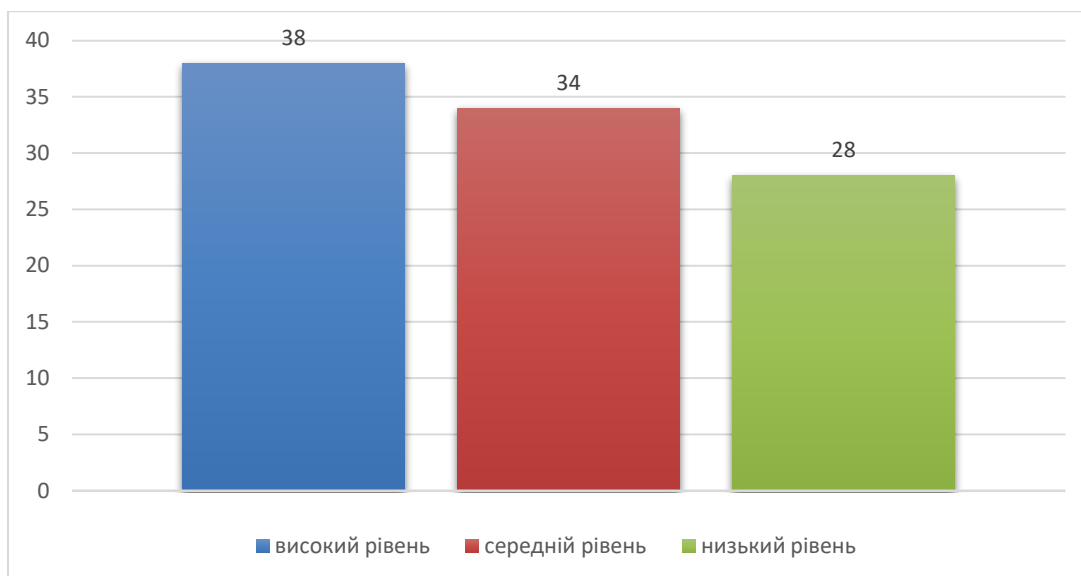


Рис. 2.6. Рівні прояву негативного психоемоційного стану учасників бойових дій (%)

Згідно даних рис. 2.6, у 38% учасників бойових дій переважає високий рівень прояву негативного психоемоційного стану, у 34% середній, а в 28% низький рівень. Такий стан проблеми зумовлений, в першу чергу, відсутністю надання психотерапевтичної допомоги, недостатністю вирішення психологічних проблем в професійній діяльності учасників бойових дій.

Особливу стурбованість викликає те, що у переважної більшості учасників бойових дій переважає високий рівень проявів негативного психоемоційного стану, що свідчить про наявність у них посттравматичного стресового розладу, невротизації, тривожності, депресивності та необхідність цілеспрямованої психологічної роботи з ними. В цілому, як свідчать результати емпіричного дослідження, наявність у учасників бойових дій – учасників операції об'єднаних сил проявів негативного психоемоційного стану потребує їхньої поглибленої підготовки в контексті психологічної реабілітації.

Висновки до розділу 2

Емпірично досліджено прояви негативного психоемоційного стану учасників бойових дій. У 38% учасників бойових дій виявлено високий рівень проявів негативного психоемоційного стану, у 34% середній, у 28% низький.

Згідно із результатами дослідження, у багатьох учасників бойових дій виявлено низьку опірність стресу (вразливість), високий рівень тривожності, фрустрації, агресивності, невротизації, депресивності. Результати емпіричного дослідження засвідчили необхідність розробки та реалізації програми психологічної реабілітації учасників бойових дій.

РОЗДІЛ 3

ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

3.1. Зміст, завдання та заняття програми психологічної реабілітації учасників бойових дій

Важливим завданням нашого дослідження є обґрунтування шляхів та засобів психологічної реабілітації учасників бойових дій. Для цього проаналізуємо основні підходи до психологічної реабілітації учасників бойових дій.

У практиці психологічної реабілітації учасників бойових дій виділяють три методологічних підходи [86]. Перший підхід – ґрунтується на ідеї про залежність ефективності успішної терапії психічних порушень від знань про передумови й патогенез (розвиток хворобливих симптомів) даних порушень (патогенетична психотерапія Б. Карвасарського й психоаналіз). Другий підхід – впливає із припущення, що, маючи вплив на конкретні прояви психічних порушень, можна домогтись загального покращення психічного стану учасника бойових дій із ПТСР (техніки NLP). Третій підхід – ґрунтується на дослідженні структурних компонентів психотравмуючого стресу і конкретних проявів психоемоційного стану для впливу на них різними методами. Подібна стратегія базується на роботі не із загальними проявами негативного психоемоційного стану в цілому, а з конкретними психічними станами учасника бойових дій, які виникли у процесі його формування. Тобто, коли певна особа скаржиться на відчуття «втрати сенсу життя», необхідно працювати із цими психоемоційними станами; коли її турбує безсоння чи регулярні кошмарні сни, необхідно спрямувати роботу на шлях корекції підвищеної тривожності. При цьому, головним завданням реабілітолога має створення належних умов для засвоєння психотравмуючого досвіду. В межах цього підходу застосовують: конкретні методики корекції психічних станів (транс-медитативна, раціональна, когнітивна, поведінкова, особистісно-орієнтована терапія, гештальт-терапія, терапія мистецтвом, творчим самовираженням тощо); форми проведення (індивідуальна, сімейна, групова); врахування вікових категорій пацієнтів (діти

й підлітки, дорослі й люди похилого віку) [86].

Дослідження наукових праць, результати проведеного емпіричного аналізу надали підґрунтя для обґрунтування і розробки програми психологічної реабілітації учасників бойових дій. В основі програми лежать положення особистісно-орієнтованого підходу, основними з яких є: урахування індивідуальних особливостей кожного учасника бойових дій; забезпечення умов розвитку й саморозвитку особистості; забезпечення учасникам бойових дій можливості для реалізації себе у різних видах діяльності, спираючись на їх інтереси, ціннісні орієнтації й суб'єктивний досвід, було враховано протягом розробки програми психологічної реабілітації учасників бойових дій.

Мета програми надання психологічної допомоги – сприяння учасникам бойових дій у подоланні проявів негативного психоемоційного стану.

Завдання програми психологічної реабілітації учасників бойових дій:

1. Навчання учасників бойових дій розпізнавати прояви негативного психоемоційного стану.
2. Усвідомлення учасниками бойових дій шкідливості проявів негативного психоемоційного стану та необхідності звернення за психологічною допомогою.
3. Виведення проявів негативного психоемоційного стану учасників бойових дій із внутрішнього плану в зовнішній.
4. Модифікація поведінки учасників бойових дій із проявами негативного психоемоційного стану у бік наближення до еталону й закріплення його у внутрішньому плані.

Теоретичним підґрунтям програми психологічної реабілітації учасників бойових дій слугують положення Г. Балла, І. Бека, С. Максименка, А. Маслоу, К. Роджерса, В. Синьова, Т. Титаренко, Д. Шульженко стосовно врахування індивідуальних особливостей кожного учасника бойових дій; забезпечення умов розвитку особистості як суб'єкта діяльності; забезпечення учасникам бойових дій можливості реалізації себе у різних видах діяльності, спираючись на їх здібності, ціннісні орієнтації, інтереси та суб'єктивний досвід, що було враховано при розробці й реалізації моделі подолання проявів негативного психоемоційного стану учасників бойових дій.

На базі методологічних засад С. Максименка було вирізнено такі критерії психічного здоров'я, які відповідають актуальним психологічним властивостям учасників бойових дій без проявів проявів негативного психоемоційного стану:

- властивості особистості: врівноваженість, оптимізм, етичність (чесність та сумлінність), адекватний рівень вимог, почуття обов'язку; упевненість в собі, невразливість до образ (або вміння позбавлятися образ), незалежність, працелюбність, відповідальність, безпосередність (природність), терпимість, доброзичливість, самоповага та самоконтроль;

- психічні стани: емоційна стійкість (самовладання); контроль й управління негативними емоціями (страхом, гнівом, агресією, жадібністю, заздрістю, роздратованістю); стресостійкість в професійній діяльності; вільний природний прояв почуттів і емоцій; збереженість оптимального самопочуття;

- психологічні процеси: максимальне наближення суб'єктивних образів до об'єктів реальності, які відображають адекватне сприйняття себе самого; здатність до логічної обробки інформації; вміння використовувати інтелект; критичність мислення; усвідомлення свого власного «Я»; дисципліна розуму (управління думками);

- спрямованість на суспільну справу, альтруїзм, емпатія, гармонійність, поміркованість, врівноваженість, вираженість, толерантність, відповідальність перед громадянами [65, с. 37–38].

Зміст програми спрямовано на створення належних умов для психологічної реабілітації учасників бойових дій. Для реалізації програми психологічної реабілітації учасників бойових дій визначено наступні принципи: 1) цілісність (реалізація усіх етапів системи засобів й до усіх учасників), 2) послідовність й наступність (ефективність подолання посттравматичних порушень залежить від реалізації її попередніх етапів), 3) урахування особливостей соціального оточення (опір на знання умов життя індивіда).

Робота з подолання проявів негативного психоемоційного стану учасників бойових дій у структурі реабілітаційної програми будується на таких загальноприйнятих принципах психологічної роботи:

- принцип «тут й тепер», котрий передбачає в собі аналіз процесів, що

відбуваються у групі у даний момент, що сприяє розвитку глибокої рефлексії учасників і формує навички самоаналізу;

- принцип «щирості й відкритості», котрий зумовлює отримання й надання іншим чесного зворотного зв'язку, а саме тієї інформації, котра важлива для кожного учасника, як на особистісному ступені, так й у міжособистісній взаємодії;

- принцип «усвідомлення», який забезпечує концентрацію уваги на процесах самоаналізу, самопізнання, рефлексії та довіри до себе, та вчить брати відповідальність на себе;

- принцип «активності», котрий передбачає обов'язкову небайдужу участь всіх в тому, що відбувається на заняттях;

- принцип «конфіденційності», котрий забезпечує створення атмосфери психологічної безпеки й саморозкриття, який полягає у нерозголошенні того, про що йдеться у групі стосовно конкретних осіб [69, с. 52–53].

Аналіз та узагальнення результатів емпіричного дослідження засвідчив істотний рівень прояву негативного психоемоційного стану учасників бойових дій, що є небезпечною тенденцією у їхній професійній діяльності. І тому до основних напрямків реалізації програми психологічної реабілітації учасників бойових дій належать: психофізіологічний (психологічна діагностика, котра дозволяє виявити наявність психотравми, ідентифікувати її і провести оцінювання); корекційний (застосування психотерапевтичних методів та відповідні технік); соціально-психологічний (що спрямований на зниження емоційного напруження; навчання основним методам психічної саморегуляції; відновлення функціонального стану організму та підвищення особистісного адаптаційного потенціалу людини).

Однією з загальних умов обґрунтування програми психологічної реабілітації учасників бойових дій є усебічне вивчення особистості із врахуванням її індивідуально-типологічних особливостей. До конкретних умов подолання проявів негативного психоемоційного стану учасників бойових дій у нашому дослідженні належать: прагнення до морального й духовного зростання, котре впливає на розвиток духовності особистості (Г. Костюк, І. Бех, а також С.

Максименко); отримання особистістю здатності віднаходити шляхи подолання життєвих перешкод, які впливає на зростання власної ефективності й самоприйняття [2, с. 28].

Програма психологічної реабілітації учасників бойових дій передбачає навчання, яке спирається на досвід людини та допускає, що присутні на тренінгу, окрім отримання нової інформації, мають можливість одразу ж використовувати її на практиці, відпрацьовуючи нові навички нівелювання проявів негативного психоемоційного стану. Результати багатьох досліджень показують, що психологічний тренінг змінює світогляд його учасників протягом спілкування: клієнт починає усвідомлювати можливість довільного опанування своєї поведінки і реакцій з використанням набутого іншими людьми досвіду, у якості опосередкованих знарядь.

Програма психологічної реабілітації учасників бойових дій передбачає, що подолання проявів негативного психоемоційного стану учасників бойових дій може здійснюватись, як у груповій, так й в індивідуальній формах. Вибір форми роботи залежить від характеру проблеми й побажань учасника бойових дій. Одним з видів психологічної реабілітації учасників бойових дій є тренінг. Це форма активного навчання, яка дозволяє людині формувати у собі навички та вміння побудови продуктивних соціальних стосунків, продуктивної навчальної й іншої діяльності, аналізу ситуацій, що виникають, з своєї точки зору та позиції партнера, розвивати в собі здібності пізнання й розуміння себе та інших в процесі спілкування й діяльності.

Реалізація програми психологічної реабілітації учасників бойових дій має три складові:

- виведення проявів негативного психоемоційного стану учасників бойових дій з внутрішнього плану в зовнішній;
- побудова моделей ідеальної поведінки в зовнішньому плані;
- модифікація поведінки учасників тренінгової групи у бік наближення до еталону та закріплення його у внутрішньому плані [60].

Програма психологічної реабілітації учасників бойових дій має наступні етапи: підготовчий, основний та завершальний. Підготовчий етап включає в себе

ознайомлення учасників бойових дій із основними принципами й прийомами тренінгу, формування позитивного ставлення до занять, вияву сутності негативного психоемоційного стану. Основний етап включає в себе формування у учасників бойових дій упевненості в успішному виконанні професійної діяльності, котра узгоджує смислову перспективу та допомагає позитивно мислити й знаходити шляхи вирішення; розвивати у учасників бойових дій прагнення до самовдосконалення й цілісності, цілеспрямованості в професійній діяльності. Завершальний етап включає узагальнення досвіду, отриманого у процесі психореабілітаційної роботи.

Однією із умов побудови програми психологічної реабілітації учасників бойових дій є всебічне вивчення особистості із врахуванням власних індивідуально-типологічних особливостей. До психологічних умов подолання проявів негативного психоемоційного стану учасників бойових дій у нашому дослідженні належать такі:

- 1) посилення інтеграції оцінки своїх власних здібностей, що сприяє очікуванню успіху у різних сферах життєдіяльності;
- 2) розвиток емоційної стійкості та стресостійкості, котрий впливає на успішність фахової діяльності;
- 3) покращення позитивних очікувань від результатів своєї діяльності;
- 4) актуалізація здатності до незалежності та саморегуляції власних дій, що визначає упевненість і наполегливість в досягненні мети;
- 5) посилення мотивації до отримання нових знань, вмінь і навичок, що впливає на досягнення успіху в професійній діяльності.

Кожна із встановлених умов реалізації програми психологічної реабілітації учасників бойових дій передбачає реалізацію конкретних завдань, а саме:

- 1) на підготовчому етапі: ознайомити учасників бойових дій із основними принципами та прийомами тренінгу, сформуванню позитивне ставлення до занять та визначити суть негативного психоемоційного стану;
- 2) на основному етапі: сформуванню у учасників бойових дій упевненість в успішному виконанні професійної діяльності, котра узгоджує смислову перспективу та допомагає позитивно мислити й знаходити шляхи вирішення;

очікування й конструювання бажаного результату; сприяння зростанню власної ефективності через розвиток впевненості у своїх здібностях із очікуванням успіху, усвідомлення й інтеграції позитивних та негативних оцінок, стосовно успішності своїх дій, навчання прийомам регуляції власної поведінки;

3) на підсумковому етапі: узагальнити досвід, отриманий учасниками бойових дій у процесі роботи тренінгу.

У структурі програми психологічної реабілітації учасників бойових дій виділено сукупність прийомів, методів та впливів, що використовуються задля підтримання та відновлення психологічного здоров'я. Форми роботи, які сприяли реалізації програми психологічної реабілітації учасників бойових дій із пост-травматичним стресовим розладом, були різними: групова й індивідуальна робота, стратегічні сесії, майстер-класи та ін.

Під час занять програми психологічної реабілітації учасників бойових дій використано міні-лекції, дискусії, бесіди, моделювання, психогімнастичні вправи, психотерапевтичні прийоми: елементи арт-терапії та психомалювання. Передбачено використання як індивідуальних, так й групових форм роботи та заплановано застосування таких форм й методів навчання: бесіди – «Моє сприйняття психотравмуючої ситуації», «Власні рефлексії стосовно негативного психоемоційного стану», «Я зможу знайти у собі сили подолати негативні психоемоційні стани»; лекції на тему: «Шляхи подолання посттравматичних порушень у учасників бойових дій», «Цінності й якості особистості», «Розвиток творчого мислення»; інтелектуальних вправ-тренінгів на теми: «Формування емоційної компетентності учасників бойових дій» та «Досягнення успіху в професійній діяльності учасників бойових дій», дискусії на тему: «Моя поведінка та дії, коли виникає негативний психоемоційний стан», «Стратегії подолання негативних емоційних станів»; проєктивні моделі, у яких виникає відчуття тривоги, страху, агресії чи фрустрації, застосовувалися із метою опрацювання корекційних й психотерапевтичних дій психологів (заспокоїти, підтримати, переконати, знайти внутрішні ресурси в подоланні проявів негативного психоемоційного стану).

Тематичний план програми психологічної реабілітації учасників бойових

дій подано у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

**Тематичний план занять програми психологічної
реабілітації учасників бойових дій**

№	Структура заняття	Обладнання	Тривалість
1	Перший етап		
	Вправа «Автограф»	Аркуші А4, кольорові олівці	20 хв.
	Обговорення		5 хв.
	Вправа «Почергове малювання»		25 хв.
	Обговорення		5 хв.
	Вправа «Повітряна кулька»		5 хв.
2-3	Вправа-знайомство «Історії із торбинки».	Аркуші А4, ватман А1, фломастери, кольорові олівці	5 хв.
	Обговорення.		5 хв.
	Вправа «Пісочний годинник» 5 – 7хв.		5 хв.
	Вправа «Я переживаю стрес, коли...»		10 хв.
	Психомалюнок «Я до стресу», «Я протягом стресу», «Я після стресу»		15 хв.
	Інформаційне повідомлення «Стрес»		10 хв.
	Вправа «Автобіографія за 45 секунд»		15 хв.
	Тест «Чи загрожує вам нервовий зрив?»		10 хв.
	Вправа «Самопізнання»		10 хв.
	Вправа «Вчинки для позитивного майбутнього»		15 хв.
	Вправа «Місце спокою»		5 хв.
	Вправа «Пісочний годинник»		10 хв.
4	Вправа «Прислухайся до себе».		5 хв.
	Вправа «Каракулі тіла»	Ватман, кольорові олівці, фарби, пензлики	20 хв.
	Обговорення		5 хв.
	Вправа «Каракулі з доопрацюванням»	Ватман, кольорові олівці, фарби, пензлики	20 хв.
	Обговорення		5 хв.
	Вправа «Заземлення»		5 хв.
5	Вправа «Захисний контейнер»	Аркуші А3, кольорові олівці, фарби, пензлики	45 хв.
	Обговорення		5 хв.
	Вправа «Стирання інформації»		10 хв.
	Другий етап		
6	Вправа «Мережа підтримки»	Аркуші А4, кольорові олівці, фарби, пензлики, ножиці, клей	45 хв.
	Обговорення		5 хв.
	Вправа «Небо»		10 хв.
7	Вправа «Пейзажі емоційного стану, ч.1».	Аркуші А4, кольорові олівці, фарби, пензлики	30 хв.
	Обговорення		
	Вправа «Пейзажі емоційного стану, ч.2»		30 хв.
8	Обговорення		5 хв.
	Вправа «Робота з відчуттями злості та гніву»	Аркуші А3, газети й журнали із ілюстраціями, клей, ножиці	45 хв.
	Вправа «Релаксація на контрасті»		15 хв.

Третій етап			
9	Вправа «Образ – Я» ч.1	Аркуші А4, особисті фотографії, різнобарвний папір або картон, кольорові олівці, клей, ножиці	30 хв.
	Обговорення		5 хв.
	Вправа «Образ – Я» ч.2		30хв.
	Обговорення		5 хв.
10	Вправа «Гурбота про особисті потреби»	Аркуші А3, А2 й А1, журнали із ілюстраціями, клей, ножиці.	50 хв.
	Обговорення		10 хв.

Зміст підготовчої частини програми психологічної реабілітації учасників бойових дій полягає у виконанні учасниками бойових дій психогімнастичної вправи для зменшення емоційного напруження, а також вироблення уміння розслаблятися й мобілізуватися в необхідний момент, збагачення досвіду рефлексії та самоаналізу, та обговорення виконаних домашніх завдань. Впродовж лекційних занять із елементами бесіди й дискусії передбачено ознайомлення досліджуваних із особливостями роботи тренінгу.

Кожне заняття запропонованої програми психологічної реабілітації учасників бойових дій, спрямоване на подолання проявів негативного психоемоційного стану, складається з трьох частин: підготовчої (5 хв.), робочої (40 хв.) та підсумкової (5 хв.).

У вступній частині заплановано підготовку учасників бойових дій до основного етапу роботи через виконання психогімнастичних вправ із метою зменшення емоційного напруження та активізації уваги й збагачення самоаналізу і рефлексії. Застосування техніки висловлювання по колу («Сьогодні я хочу дізнатись, навчитись, пережити») сприятиме виявленню й закріпленню внутрішньої мотивації особистості до участі у груповій роботі. Заняття містять в собі питання про стан учасників й, відповідно, одну-дві психогімнастичні вправи. Учасникам перед здійсненням вправ пропонується відповісти на наступні запитання: «Як ви відчуваєте себе сьогодні?», «Що саме вам запам'яталось із минулого заняття?», «Над чим ви думали із того, що відбулось на занятті, й яких висновків дійшли?», «Назвіть одну гарну та одну погану подію, котра відбулась між нашими зустрічами», «Якими думками й почуттями ви б хотіли поділитись з іншими учасниками?», «Над якими своїми проблемними

рисами характеру або особливостями ви працювали впродовж тренінгу?»).

У заняттях основного етапу програми психологічної реабілітації учасників бойових дій використано вправи, що спрямовані на формування позитивних думок та усвідомлення власних способів поведінки й емоційної стійкості. Наприклад, вправа «Групова дискусія» [84], мета якої – розвиток вміння пишатись своїми перевагами, формування позитивних думок та почуттів про себе самого та симпатії до себе. Дискусія може бути зосереджена на наступних питаннях, як: «Чи важливо знати, що ти можеш гарно робити, а чого не можеш? Де небезпечно говорити про ці речі? Чи потрібно мати успіх у усьому? Якими способами інші можуть закликати тебе до схвального самосприйняття? Котрими способами ти це зможеш зробити сам? Чи є відмінність поміж акцентуванням своїх переваг і хвастощами? У чому вона полягає, коли є? Ці дискусії дають слухачам гарну можливість оцінити власні здібності та приховані можливості». У міру виявлення слухачами їх чеснот й недоліків, у них розвивається більш довірливе ставлення й до своїх особистих можливостей, й до можливостей інших. Вони починають розуміти, що навіть «найсильніші» й найпопулярніші слухачі мають свої слабкості, а переваги є у найбільш «слабких» й непопулярних. Така установка сприяє розвитку кращого самовідчуття. Вона дає можливість ставитись із більшим задоволенням до сприйняття відповідальності за особисті думки, відчуття та надії.

Обговорення: Попросіть усіх учасників висловитись із приводу конкретних фактів із їхнього навчання. Наприклад, ви можете проговорити: «Я хотів би, щоб ви згадали про ті власні справи, якими ви задоволені. Будь ласка, розпочинайте свою відповідь так: «Я задоволений тим, що...». Ті, які не впевнені у власних досягненнях, слухаючи відповіді інших, розпочинають усвідомлювати, що були занадто вимогливі до себе, не визнаючи тих або інших своїх успіхів.

Важливою в структурі занять програми психологічної реабілітації учасників бойових дій є антистресова релаксація, в вигляді вправи «Знайомство з собою» [91]

– Для розминки виконайте прості рухи, котрі є матеріалом для подальшої роботи, забезпечуючи безліч фізіологічних відчуттів, котрі не можливо не

відмітити.

1. З'єднайте кінчики пальців обох своїх кистей, притисніть їх один до одного, з зусиллям спираючись ними один об одного. Зробіть із силою 15–20 зустрічних рухів долонями, наче стискаючи уявну гумову грушу, яка знаходиться поміж долонями, імітуючи роботу насоса.

2. Енергійно потирайте долоньки одна об одну, допоки не з'явиться відчуття інтенсивного тепла.

3. Сильно й швидко не менш 10 разів стискайте й розтискайте кулак, добиваючись відчуття стомлення у м'язах кисті.

4. Потрясіть кистю, що пасивно «висить». Тепер – увага й ще раз увага! Покладіть долоні симетрично на коліна. Спрямуйте усю свою увагу на внутрішні відчуття. Усе зовнішнє при цьому перестає існувати.

– Сконцентруйте свою увагу на правій долоні. Прислухайтесь до своїх почуттів. В першу чергу, зверніть увагу на подальші відчуття:

- відчуття ваги. Чи відчуваєте ви тягар чи легкість кисті?
- почуття температури. Чи відчуваєте ви у кисті холод/тепло?
- додаткові відчуття (присутні не обов'язково, проте часто):
- сухість й вологість;
- пульсацію;
- поколювання;
- відчуття ніби проходить електричного струму;
- відчуття «мурашок»;
- відчуття «морозу по шкірі»;
- оніміння (зазвичай на кінчиках пальців);
- вібрація;
- м'язове тремтіння [95].

– Можливо, ви відчуєте, що долоня випромінює «енергію». Постарайтесь запам'ятати це відчуття, що згодиться вам надалі. Можливо, ви зможете відчути рух, що зароджується у пальцях, у кисті чи у руці у цілому – випустіть його на волю. Спостерігайте за ним, наче з боку. Продовжуйте спостерігати за відчуттями, ніби занурюючись у цей процес, у думках відгороджуючись від того,

що вас оточує, від усього зовнішнього. Прагніть вловлювати в відчуттях найтонші зміни, утримуючи й зосереджуючи на них увагу.

– Стежте за тим, як почуття змінюються – то посилюючись, то слабнучи, як вони замінюють свою локалізацію, поступово переміщуючись із однієї точки в іншу, і нарешті, як одні відчуття поступаються місцем іншим.

Важливими в структурі занять програми психологічної реабілітації учасників бойових дій були вправи на релаксацію, зокрема вправа. Що називається «Релаксація» [86]

– Розміщуйтесь якомога зручніш, хай вам нічого не заважає, та закрийте очі. Зосередьтеся на вашому диханні. (30 с). В кожному випадку, коли ми будемо фокусуватись на конкретній групі м'язів, перед початком виконання завдання я буду давати детальні пояснення відносно того, як її треба робити. Тому не розпочинайте, будь ласка, вправу перш аніж я не скажу «Готові? Почали!»

Цікавою для учасників програми психологічної реабілітації учасників бойових дій може бути вправа «Повітряна кулька», мета якої – досягти швидкого розслаблення й відчуття легкості у тілі.

– Сядьте зручно та розслабтесь. Закрийте очі й зосередьте власну увагу на диханні. Уявіть, що протягом вдиху ваше тіло, як повітряна кулька, підіймається вгору, а протягом видиху – опускається вниз. Вдих – видих, вдих – видих... Вдих – видих, вдих – видих.

Завдання «Димок» [74] передбачає емоційний відпочинок, відновлення сил учасників програми психологічної реабілітації учасників бойових дій.

Станьте рівно, ноги на ширині плечей, очі закриті. Почніть повільно розкачуватись з ноги на ногу та виберіть свій ритм розкачування. Поступово розпочніть обертання по спіралі, розкачуючись по колу в зручному напрямку.

Уявіть, що ви – це струмінь легкого, невагомого диму. Не дуже швидко, по спіралі ви піднімаєтесь вгору, все вище й вище. Ви відчуваєте свободу й легкість, ви відпочиваєте. Запам'ятайте даний стан. А тепер повільно, по спіралі, обертайтеся назад. Як тільки ви доторкнетесь землі, ви зможете відкрити очі.

Вправа «Проекція образу особистого «Я»» [81] спрямована на формування позитивних думок і почуттів учасника бойових дій із посттравматичним

стресовим розладом про самого себе та симпатії до себе, розвиток своєї уяви про нього інших. У даній вправі учасники групи складають два коротких описи, кожний на окремому аркуші. На одному аркуші – опис того, яким себе бачить власне сам учасник; це структурний образ його «Я-концепції». Опис повинен бути щирим й правдивим. Другий опис – нарис того, яким, на думку учасника, його бачать інші. На аркушах не пишемо імена. Перший опис кладеться у окрему коробку. Кожен самопис зачитується уголос. Й члени групи намагаються відгадати, кому ж він належить. Далі автор заявляє про себе та читає другий свій опис (котрим, як йому здається, бачать його інші), одержуючи після цього зворотний зв'язок від учасників колективу. Цінність такої вправи полягає у тому, що слухач дізнається: інші люди сприймають певні його можливості та характеристики у більш сприятливому світлі, ніж він сам. Учасники продовжують речення «Для мене важливо...».

Вправа «Слова-самоописи» [59] спрямована на формування позитивних думок і почуттів учасника бойових дій із посттравматичним стресовим розладом про самого себе, розвиток уявлення інших людей про себе та усвідомлення власних способів поведінки. В цій вправі учасників просять написати 3 слова, котрі найбільш влучно характеризують їх. Потім аркуш, на якому написані ці слова, перевертають, й тепер учасників просять написати ще 3 слова, котрі виражають бажаний слухачами опис себе. Потім їх просять узяти одне слово із другого списку та описати ту специфічну поведінку, котра була би характерною для людини такого типу. Потім організовується групова дискусія, протягом якої описана даним словом якість особистості вивчається як ціль, а пропоновані способи поведінки – як засіб її досягнення. Доти, доки більшість членів групи візьме участь в цьому тренінгу, виявляється певна кількість загальновживаних цілей та окреслюються специфічні способи їх досягнення. Учасників просять продовжити речення «Я зрозумів, що...».

Вправа «Дерево моїх успіхів» [2] передбачає допомогу учасникам бойових дій із посттравматичним стресовим розладом усвідомити особистості свої сильні сторони і їх взаємозв'язок із успішністю у житті.

Матеріали: папір для малювання, папір для нотаток та олівці.

Інструкція. Складіть список всіх рис характеру й властивостей, котрі вам допомагають досягти бажаного результату (15 хв). Згадайте про ті успіхи, яких ви досягли за допомогою цих рис. Складіть список своїх власних успіхів (15 хв). На аркуші паперу намалюйте дерево із корінням, стовбуром та кроною. Коріння буде символізувати ваші сильні сторони та здібності. Якщо якась здібність дуже розвинена, намалюйте велике коріння. Якщо ж здібність лише розвивається, зобразіть маленьке коріння. На кожному корінці напишіть назву цієї здібності. Всі ваші здібності зливаються у могутньому стовбурі, на верхівці якого знаходиться крона. Крона символізує успіхи у житті. Кожному успіху відповідає одна гілка. Значний успіх – це товста гілка, дрібний успіх – це маленька гілочка. На кожній гілочці напишіть, про який саме успіх йдеться (45 хв). Рисунки покладіть на підлогу перед собою. Подивіться тепер на малюнки інших по колу. Зверніть увагу, наскільки вони різні. Той, хто бажає, власний малюнок дерева кладе усередину, інші висловлюють свої думки й почуття стосовно коренів, стовбура, гілок (загальний вигляд, розміри, колір, співвідношення коренів та гілок). Потім автор малюнка дає коментує свою роботу.

Зазвичай, учасники забувають про свої сильні сторони, а особливо почуття – здатність сердитись, любити, сумувати, бути задоволеним тощо. Важливим є звернути увагу корекційних педагогів на такі позитивні риси, котрі у них є, але котрі не знайшли відображення у малюнку. Також слід нагадати і наголосити на успіхах, котрі вони мають, проте не намалювали.

Обговорення вправи:

- Про котрі сильні сторони я забув?
- З ким я обговорюю власні сильні риси й кому говорю про свої успіхи?

Вправа «Креативна павутинка» [19] спрямована на формування у учасника бойових дій із посттравматичним стресовим розладом позитивного бачення свого професійного майбутнього. Всі стають у коло. Ведучий бере клубок ниток і намотує кінець нитки собі на палець, а клубок кидає комусь із учасників, одночасно висловлюючи йому побажання професійного зростання й творчості. Той, хто отримує клубок, намотує тепер собі нитку на палець, а клубок кидає іншому із побажанням. Гра закінчується, коли усі учасники об'єднані ниткою.

Ведучий наголошує на символічності створеної павутинки, котра приносить здійснення мрій і професійних планів.

Обговорення: «Котрим я бачу власне творче майбутнє?».

Психогімнастика «Позитивні спогади» [24] спрямована на навчання учасників бойових дій із посттравматичним стресовим розладом педагогів формувати позитивну перспективу життя та позитивні очікування.

Інструкція. Учасники сидять колом.

– Закрийте очі. Я запрошую помандрувати в світ фантазій, що подарують вам приємні почуття. Зробіть 3 глибокі вдихи й видихи. З кожним видихом відчуйте, що ви стаєте дедалі легші та легші. Намагайтесь відчувати себе так, наче ви летите в повітрі. Зробіть новий вдих та відчуйте, як ви наповнюєтесь почуттям легкості. Затримайте на мить це відчуття. А зараз видихніть з силою усе повітря разом зі втомою, неприємними емоціями, напруженням, що накопичились.

Обговорення: учасники дають відповідь на запитання, зазначені вище.

Також використовувалися вправи, що спрямовані на формування позитивних особистісних властивостей учасників бойових дій, зокрема вправа «Мої найважливіші риси характеру» [30]. Учасники діляться на три підгрупи, кожна із них отримує завдання написати 10 найкращих рис характеру людини. Потім з них виділити трійку найважливіших рис, котрі допомагають їм в житті вирішувати різні проблеми. При обговоренні кожна група представляє свої найважливіші риси характеру та докладно їх коментує, і збагачує свій досвід інформацією, почутою про інші риси характеру.

Обговорення: учасникам пропонують обговорити свої найважливіші якості характеру.

Вправа «Позитивне міркування» [40] спрямована на формування у учасників бойових дій із посттравматичним стресовим розладом умінь брати відповідальність за власне життя й формувати на даній основі позитивне мислення. Тренер пропонує учасникам об'єднатись у пари. Після цього особа А має пригадати випадок, коли її несправедливо образили, а людина Б має довести, що особа А могла би уникнути цього, коли поводитись б по-іншому, а також

особа Б має допомогти зрозуміти особі А, котрий саме позитивний досвід вона здобула. Через 3 хвилини – заміна ролей.

Рефлексія: як ви себе відчували у ролі А й у ролі Б? Які саме емоції переживали? Чи вдалось вам набути нового життєвого досвіду? Одним зі способів прийняття себе являється поглиблення, усвідомлення своєї вартості та цінності. Кожна людина має свої сильні сторони, й саме на них повинна будувати спілкування з іншими, однак іноді люди навіть не здогадуються про свої переваги. Коли ви визначите свої власні сильні сторони, то збільшите самоповагу й поглибите прийняття себе іншими.

Обговорення: учасникам пропонують обговорити значення позитивного мислення.

Вправа «Упевненість: згадай себе» [44] спрямовується на актуалізацію у учасників бойових дій із посттравматичним стресовим розладом досвіду роботи зі страхами й їх приборканням.

Інструкція. В кожній людині завжди є «Простір упевненості» – це простір, час, обставини або умови, справи, люди, з якими скрізь й завжди все виходить й здійснюється, та немає чого боятись. Та завжди – завжди! – є найменший позитивний досвід роботи зі своїм страхом – досвід його приборкання. Згадайте та надайте досвіду життєвої реальності й сили! Заходьте до зони страху із «Простору Впевненості»! Візьми з собою необхідну установку.

Обговорення: учасникам пропонується проговорити про власний простір впевненості й способи, котрі вони використовували задля посилення сміливості.

Вправа «Відповідальність за власне життя» [50] може навчити учасників бойових дій із посттравматичним стресовим розладом брати відповідальність за своє життя й на цій основі формувати позитивне мислення.

Інструкція. Об'єднайтесь у пари. Особа А згадає хай випадок, коли її несправедливо образили. Людина Б має довести, що цього б не сталося, якби особа А поводитись інакше, та допомогти зрозуміти, який саме позитивний досвід вона здобула. Особа А може допомогти особі Б. Через 3 хвилини – зміна ролей.

Обговорення: учасникам пропонується відповісти на питання «Що було

складним при виконанні цієї вправи?»).

Використовувалися і вправи, направлені на формування незалежності й саморегуляції поведінки учасників бойових дій, зокрема вправа «Внутрішній промінь» [55], мета якої – зняття втоми та знаходження внутрішньої стабільності.

Інструкція. Для виконання потрібно прийняти зручну позу – сидячи чи стоячи. Треба уявити, що всередині голови, в верхній її частині, виникає світлий промінь, котрий повільно і послідовно рухається зверху вниз й по шляху свого руху висвітлює зсередини усі деталі голови, шиї, плечей, рук теплим світлом.

Обговорення: учасникам пропонується відповісти на питання «Чи вплинув внутрішній промінь на них позитивно?»).

Вправа «Мій портрет у променях сонця» [59] може сприяти позитивному сприйняттю «свого «Я» у учасників бойових дій із посттравматичним стресовим розладом.

Інструкція. Тренер просить учасників відповісти на питання: «Чому кожен з вас заслуговує на повагу?». Далі кожен малює сонце, в центрі сонячного кола пише своє ім'я чи малює свій портрет, а уздовж сонячних променів пише свої позитивні риси. Психолог наголошує: «Постарайтесь, щоб сонячних променів було якомога більше». Бажаючи зачитують список своїх якостей, чіпляють своє сонце на дошці та діляться своїми враженнями від вправи. Тренер зачитує інформаційний лист «Поради для підвищення самоповаги:

1. Замість того, щоб пам'ятати лише погане, пам'ятайте про свої позитивні риси. У всьому, що ви робите, намагайтесь знайти позитив. Привітайте себе із цим успіхом.
2. Постійно пригадуйте про свої успіхи.
3. Пробачайте собі помилки.

Обговорення: учасникам пропонують висловити власні враження від виконання вправи.

Підсумкова частина занять програми психологічної реабілітації учасників бойових дій присвячена аналізу й узагальненню знань, переживань, як єдності двох її компонентів і ефективності проведеної роботи. На даному етапі доцільно обговорити досягнення учасників бойових дій на основі засвоєних ними знань і

вмінь (з допомогою прийому «Висловлювання по колу»), та пояснення домашнього завдання, мета якого – це закріплення набутих знань і підготовка до наступних занять. При виборі завдань слід враховувати їх доступність, осмисленість, індивідуальні особливості учасників.

Розробки занять програми психологічної реабілітації учасників бойових дій подані у додатку Б.

У результаті проходження занять програми психологічної реабілітації учасників бойових дій слухачі повинні знати особливості подолання проявів негативного психоемоційного стану. Також учасники бойових дій мають вміти: проводити моніторинг власного психоемоційного стану і вживати заходів щодо зниження прояву важких емоційних станів. Після проходження занять програми психологічної реабілітації учасників бойових дій, її суб'єкти повинні: розвивати уміння аналізувати життєві ситуації; досягати компромісу у конфліктних ситуаціях; усвідомлювати власні переваги й недоліки в спілкуванні; навчитись ідентифікувати емоції інших людей та проявляти емпатію в стосунках.

Отже, розроблено психореабілітаційну програму, спрямовану на подолання проявів негативного психоемоційного стану учасників бойових дій. Показано, що подолання проявів негативного психоемоційного стану учасників бойових дій може здійснюватися як у груповій, так і в індивідуальній формах. Обрання конкретної форми психологічної реабілітації учасників бойових дій залежить від характеру проблеми та побажань учасника. Програма психологічної реабілітації учасників бойових дій, як ефективна форма реабілітаційної роботи, дозволяє їм формувати навички й уміння нівелювання й подолання проявів негативного психоемоційного стану, усвідомити власні цінності, вирішити особистісні проблеми, набути досвіду позитивного ставлення до себе й до інших.

3.2. Оцінка ефективності програми психологічної реабілітації учасників бойових дій

Психотерапевтична програма надання психологічної допомоги була апробована із 10 учасниками бойових дій, в яких на етапі першого

діагностичного зрізу виявлено високий рівень негативного психоемоційного стану. Після цього проведено повторний діагностичний зріз, під час якого використано ті ж самі методики, що й на етапі першого діагностичного зрізу. Для виявлення результативності упровадження програми психологічної реабілітації учасників бойових дій, результати, здобуті на етапі першого діагностичного зрізу, порівнювали із результатами, здобутими на етапі другого зрізу.

Результати методики виявлення стресостійкості й соціальної адаптації Холмса-Раге на основі другого діагностичного зрізу показані на рис. 3.2.

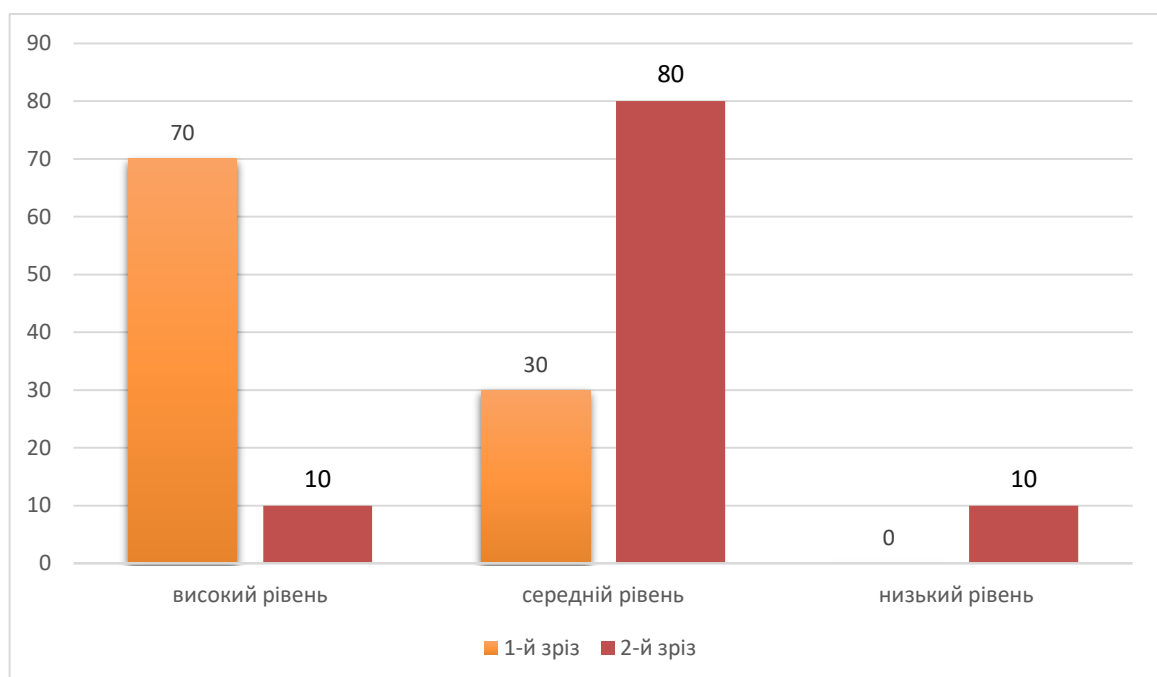


Рис. 3.2. Рівні прояву стресового розладу у учасників бойових дій на констатувальному та контрольному етапах дослідження

Згідно з результатами другого діагностичного зрізу, отриманими згідно з тестом Холмса-Раге (на наявність стресового розладу), визначено, що лише у 10% учасників бойових дій переважає високий рівень наявності стресового розладу (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 70%), у 80% – середній (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 30%), і лише у 10% – низький (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 0%). У учасників бойових дій переважає середній і низький рівень стресового розладу.

Результати виконання методики визначення психічних станів Г. Айзенка

на основі другого діагностичного зрізу показані на рис. 3.3.

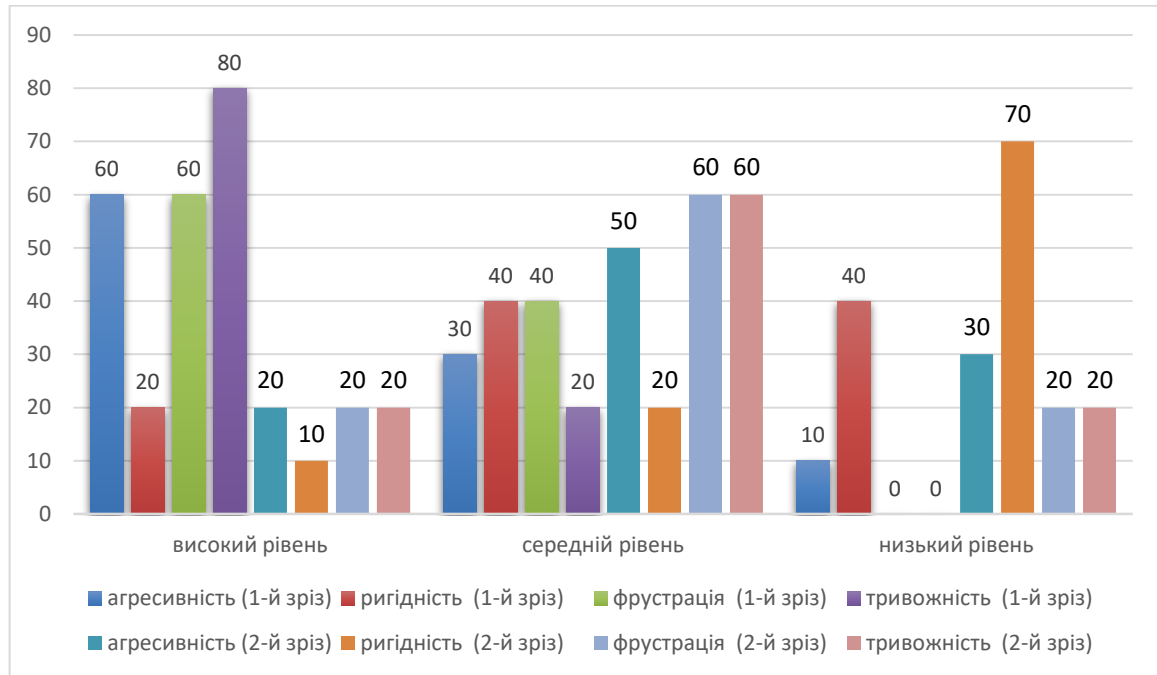


Рис. 3.3. Рівні прояву психічних станів у учасників бойових дій на констатувальному та контрольному етапах дослідження

Згідно з результатами другого діагностичного зрізу, отриманими згідно з методикою визначення психічних станів Г. Айзенка, визначено, що лише у 20% учасників бойових дій переважає високий рівень тривожності (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 80%), у 60% середній (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 20%), а в 20% низький (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 0%). Це свідчить, що у учасників бойових дій переважає середній і низький рівень тривожності.

У 20% учасників бойових дій переважає високий рівень фрустрації (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 60%), у 60% середній (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 40%), а в 20% низький (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 0%). Це свідчить, що у учасників бойових дій переважає середній і низький рівень фрустрації.

Також у 10% учасників бойових дій переважає високий рівень ригідності (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 20%), у 20% середній (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 40%), а в 70% низький (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 40%). Це свідчить, що у учасників

бойових дій переважає середній і низький рівень ригідності.

У 20% учасників бойових дій переважає високий рівень агресивності (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 60%), у 50% середній (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 30%), а в 30% низький (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 10%). Це свідчить, що у учасників бойових дій переважає середній і низький рівень агресивності.

Результати методики діагностики рівня невротизації Л. Вассермана на основі другого діагностичного зрізу показані на рис. 3.4.

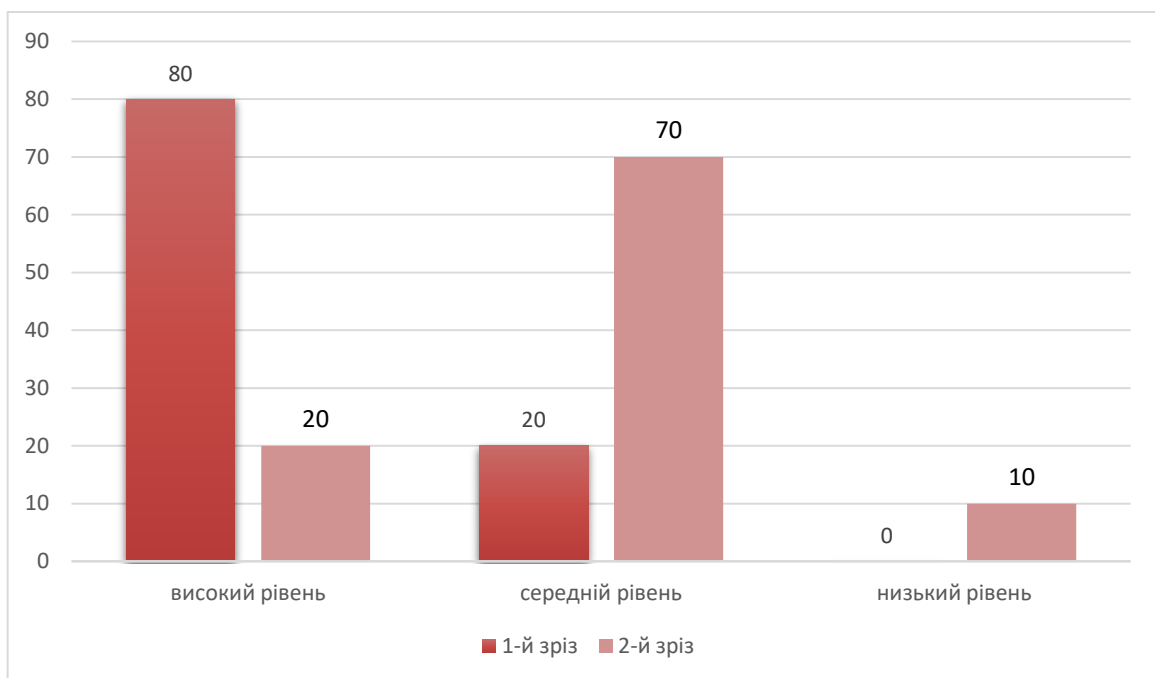


Рис. 3.4. Рівні прояву невротизації у учасників бойових дій на констатувальному та контрольному етапах дослідження

Згідно з результатами другого діагностичного зрізу, отриманими за методикою діагностики ступеня невротизації Л. Вассермана, визначено, що лише у 20% учасників бойових дій переважає високий рівень невротизації (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 80%), у 70% середній (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 200%), а в 10% низький (на етапі першого діагностичного зрізу таких було лише 10%). Це свідчить, що у учасників бойових дій переважає середній і низький рівень невротизації.

Результати опитувальника FPI на основі другого діагностичного зрізу

показані на рис. 3.5 і 3.6.

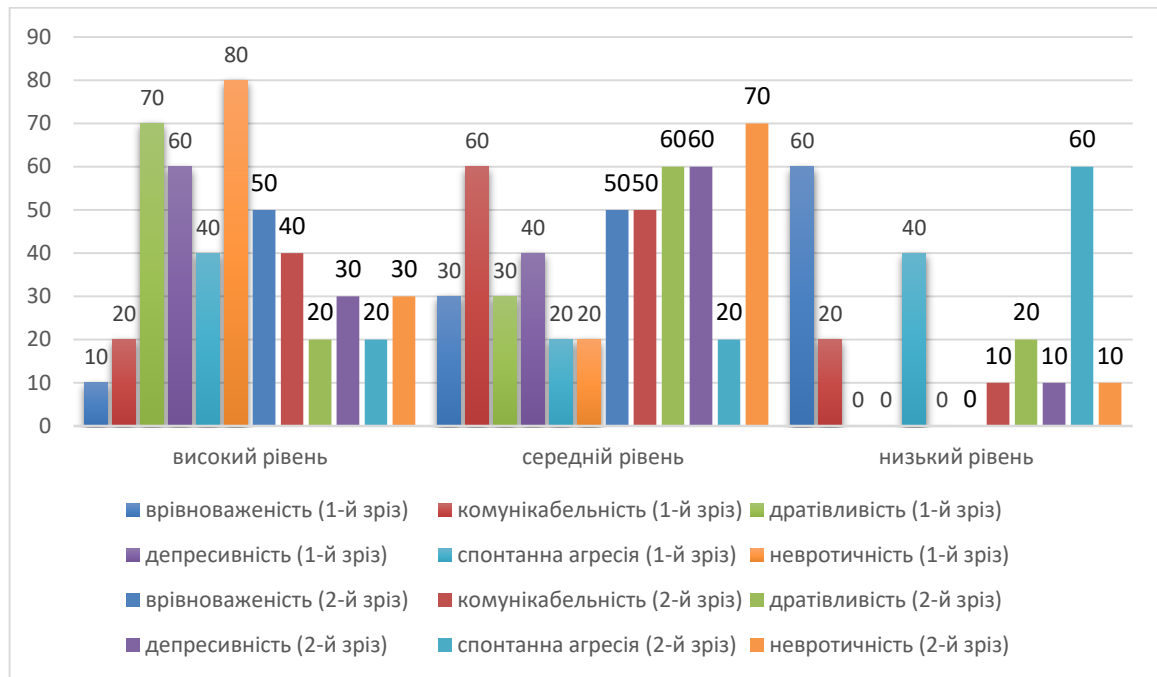


Рис. 3.5. Рівні прояву особистісних рис у учасників бойових дій на констатувальному та контрольному етапах дослідження

Згідно з результатами другого діагностичного зрізу, отриманими за опитувальником FPI, встановлено, що у 20% учасників бойових дій переважає високий рівень невротичності (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 80%), у 70% середній (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 20%), а в 10% низький рівень прояву цієї ознаки (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 0%).

У 20% учасників бойових дій переважає високий рівень прояву спонтанної агресії (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 40%), у 20% середній (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 20%), а в 60% низький рівень цієї ознаки (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 40%).

Також у 30% осіб учасників бойових дій переважає високий рівень депресивності (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 60%), у 60% середній (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 40%), а в 10% низький рівень цієї ознаки (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 0%). Це свідчить, що у більшості учасників бойових дій переважає середній і низький рівень депресивності.

Також лише у 20% учасників бойових дій переважає високий рівень дратівливості (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 70%), у 60% середній (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 30%), а в 20% низький (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 0%). Середній і низький рівень дратівливості характеризується більш стійким емоційним станом досліджуваних, із незначною схильністю до афективного реагування.

У 40% опитаних учасників бойових дій переважає високий рівень комунікабельності (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 20%), у 50% середній (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 60%), а в 10% низький рівень цієї ознаки (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 20%). У учасників бойових дій переважає високий рівень комунікабельності.

У 50% учасників бойових дій переважає високий рівень врівноваженості (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 10%), у 50% середній (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 30%), а в 0% низький рівень прояву цієї ознаки (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 60%). Учасники бойових дій стали більш врівноважені, оскільки вони намагаються контролювати власні емоційні переживання.

У 20% осіб учасників бойових дій переважає високий рівень реактивної агресії (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 70%), у 70% середній (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 30%), а в 10% низький рівень прояву цієї ознаки (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 0%). Це свідчить, що учасники бойових дій стали менш схильні до агресивної поведінки та виявляють нижчі прагнення до домінування.

Також виявлено, що у 30% учасників бойових дій переважає високий рівень сором'язливості (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 50%), у 40% середній (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 30%), а в 30% низький рівень сором'язливості (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 20%). Як бачимо, рівень сором'язливості дещо знизився.

У 60% учасників бойових дій переважає високий рівень відкритості (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 40%), у 40% середній (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 30%), а в 0% низький рівень цієї ознаки

(на етапі першого діагностичного зрізу таких було 30%).

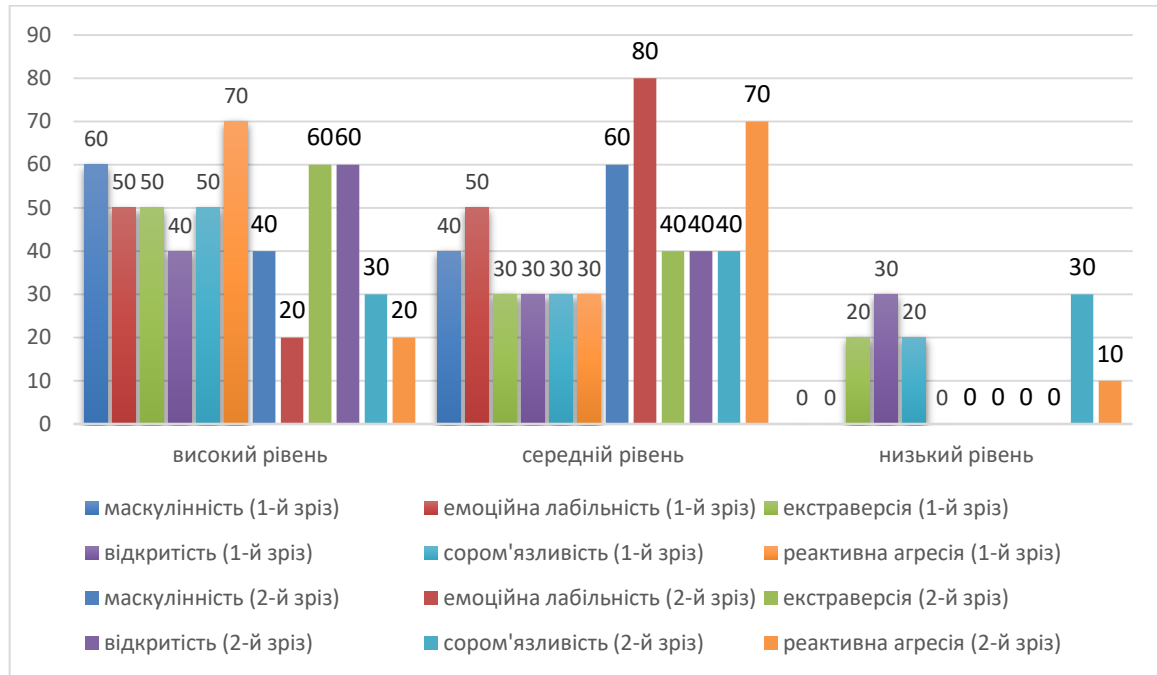


Рис. 3.6. Рівні прояву особистісних рис у учасників бойових дій на констатувальному та контрольному етапах дослідження

Це свідчить, що у учасників бойових дій переважає високий ступінь відкритості, прагнення до відверто-щирих взаємин із оточуючими.

В 60% учасників бойових дій переважає високий рівень екстраверсії (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 50%), у 40% середній (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 30%), а в 0% низький (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 20%). У учасників бойових дій дещо підвищився рівень екстравертованості.

Також у 20% учасників бойових дій переважає високий рівень емоційної лабільності (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 50%), у 80% середній (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 50%), а в 0% низький рівень цієї ознаки (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 0%). У учасників бойових дій знизився рівень емоційної лабільності, оскільки вони стали меншою мірою схильні до коливання настрою.

У 40% учасників бойових дій переважає високий рівень маскулінності (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 60%), у 60% середній (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 00%), а в 0% низький рівень прояву цієї

ознаки (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 0%). Це свідчить про те, що в учасників бойових дій дещо знизився рівень маскулінності.

Кількісний та якісний аналіз сформованості посттравматичного стресового розладу визначив три рівні проявів негативного психоемоційного стану учасників бойових дій – високий, середній та низький. Кількісні дані прояву цих рівнів в учасників бойових дій представлені на рис. 3.7.

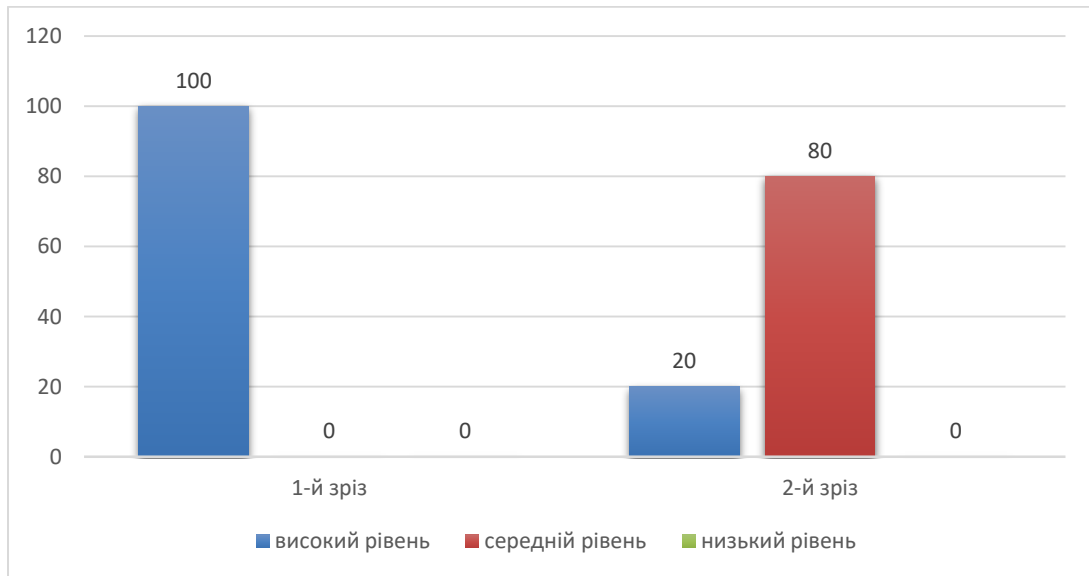


Рис. 3.6. Рівні прояву негативного психоемоційного стану учасників бойових дій на констатувальному та контрольному етапах (%)

Згідно даних рис. 3.7, високий рівень прояву негативного психоемоційного стану переважає всього у 20% учасників бойових дій (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 100%), у 80% середній (на етапі першого діагностичного зрізу таких не було), а учасників бойових дій із низьким рівнем проявів негативного психоемоційного стану не виявлено.

Вважаємо, що такий стан зумовлено, перш за все, реалізацією програми психологічної реабілітації учасників бойових дій, що стала результатом професійного підходу у подоланні проявів негативного психоемоційного стану учасників бойових дій. Здобуті на етапі другого діагностичного зрізу результати та їх порівняння із результатами першого діагностичного зрізу дають змогу стверджувати, що рівень прояву негативного психоемоційного стану в учасників бойових дій істотно знизився. Це доводить ефективність програми психологічної реабілітації учасників бойових дій та доцільність її практичного використання.

Висновки до розділу 3

У практиці психологічної реабілітації учасників бойових дій використано методологічний підхід, що ґрунтується на дослідженні конкретних посттравматичних станів. Психологічну реабілітацію учасників бойових дій розглянуто крізь призму технологій, спрямованих на відновлення і підтримання психологічного здоров'я особистості, що погіршується внаслідок довготривалої травматизації, викликаной війною. Розроблено критерії ефективності проведення психологічної реабілітації учасників бойових дій: можливість досягнення особистісної цілісності і безперервності, віри у себе, здатності самопідтримки і самодопомоги; можливість підвищення самоефективності особистості, її здатності до самореалізації; можливість посилення потребово-мотиваційних, ціннісно-смыслових ресурсів особистості як джерела самозмін; можливість відновлення здатності підтримувати конструктивні стосунки з оточенням. Встановлено вектори психологічної реабілітації учасників бойових дій, зокрема: спрямованість на досягнення стійкого самоприйняття, а також відновлення самоефективності й здатності до ціннісно-смыслового оновлення. Розроблено програму психологічної реабілітації учасників бойових дій, метою якої є подолання посттравматичних порушень. У програмі використано міні-лекції, бесіди, дискусії, психогімнастичні вправи, психотерапевтичні прийоми, елементи арт-терапії, інші психотерапевтичні методи та відповідні техніки.

Доведено ефективність психотерапевтичної програми психологічної реабілітації учасників бойових дій. Так, результати аналізу даних другого діагностичного зрізу показали, що високий рівень проявів негативного психоемоційного стану переважає всього у 20% учасників бойових дій (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 100%), у 80% середній (на етапі першого діагностичного зрізу таких не було), учасників бойових дій із низьким рівнем проявів негативного психоемоційного стану не виявлено. Доведено, що такий стан проблеми зумовлено, перш за все, реалізацією програми психологічної реабілітації учасників бойових дій.

ВИСНОВКИ

Проведене теоретичне обґрунтування, емпіричне вивчення, розробка й апробація засобів психологічної реабілітації учасників бойових дій дали змогу зробити такі висновки.

1. Здійснено теоретичний аналіз науково-психологічних досліджень із проблеми психологічної реабілітації. Поняття реабілітації визначено як окремий різновид діяльності, спрямованої на проведення організаційних, економічних, правових, культурних, учбових, лікувальних, оздоровчих й інших соціальних заходів щодо покращення фізичного й функціонального стану, працездатності та відновлення честі, гідності, прав та свобод певних категорій населення, порушених хворобами, травмами, фізичними, хімічними та іншими соціальними чинниками. Психологічну реабілітацію визначено як комплекс заходів із відновлення психологічного здоров'я і благополуччя особи, спрямований на розширення психологічних можливостей в її особистісному та соціальному функціонуванні; як систему заходів, направлених на відновлення, корекцію психічного та особистісного здоров'я, створення сприятливих умов задля розвитку та утвердження людини. Охарактеризовано форми психологічної реабілітації: здобуття освіти; стимуляцію; повідомлення корисної інформації; показ ефективних моделей поведінки; консультування; психотерапію та ін.

2. Охарактеризовано психологічні передумови психологічної реабілітації учасників бойових дій. Визначено, що для виникнення проявів негативного психоемоційного стану необхідно, щоб учасник бойових дій відчув дію стресора, який виходить за межі звичайного досвіду людини і здатний викликати дистрес. Поява проявів негативного психоемоційного стану учасників бойових дій визначається взаємним впливом травмуючої події, а також індивідуальних особливостей особистості та соціальних й соціально-психологічних факторів. Критеріями наявності в учасників бойових дій негативного психоемоційного стану є: пережитий стресовий стан, нічні кошмари зі сценами пережитого, відчуття провини перед загиблими, напливи спогадів, спроби уникнення емоційних навантажень та страху, непевності й неприємних спогадів, небажання

контактувати із оточенням, підвищена дратівливість, зниження уваги та концентрації, виникнення психопатій й антисоціальної поведінки (алкоголізм, наркоманія, відсутність поваги до офіційних осіб, цинізм тощо)

3. Проаналізовано основні підходи до психологічної реабілітації учасників бойових дій. Показано, що проведення з метою психологічної реабілітації учасників бойових дій психокорекційних впливів, психотерапевтичної роботи та інших форм і засобів подолання негативного психоемоційного стану сприяє формуванню усвідомленого сприйняття самого себе та свого внутрішнього стану, емоцій і почуттів; впевненості у своїх силах; впливатиме на покращення психологічного здоров'я; здійснюватиме профілактику порушень психіки та емоційних розладів. Психореабілітаційна робота з учасниками бойових дій спрямовується на повторне емоційне переживання травми у безпечному просторі підтримуючої групи, розділення цього переживання із терапевтом та групою; спілкування у групі з людьми, котрі мають схожий травматичний досвід, що дає змогу зменшити відчуття ізоляції та відчуженості і підсилити відчуття приналежності, доцільності та спільності; можливість спостерігати за тим, як інші люди переживають спалахи інтенсивних афектів на фоні соціальної підтримки від терапевта та членів групи; спільне навчання методам тих людей, хто впорався із наслідками особистої травми; можливість бути у ролі того, хто допомагає; здобуття досвіду нових взаємин, котрі допомагають учасникам групи прийняти стресову подію у інший, більш адаптивний спосіб.

4. Емпірично досліджено прояви негативного психоемоційного стану учасників бойових дій. У 38% учасників бойових дій виявлено високий рівень проявів негативного психоемоційного стану, у 34% середній, у 28% низький. Згідно із результатами дослідження, у багатьох учасників бойових дій виявлено низьку опірність стресу (вразливість), високий рівень тривожності, фрустрації, агресивності, невротизації, депресивності. Результати емпіричного дослідження засвідчили необхідність розробки та реалізації програми психологічної реабілітації учасників бойових дій.

5. Обґрунтовано шляхи та засоби психологічної реабілітації учасників бойових дій. У практиці психологічної реабілітації учасників бойових дій

використано методологічний підхід, що ґрунтується на дослідженні конкретних посттравматичних станів. Психологічну реабілітацію учасників бойових дій розглянуто скрізь призму технологій, спрямованих на відновлення й підтримання психологічного здоров'я особистості, яке погіршується внаслідок довготривалої травматизації, викликаної війною. Розроблено критерії ефективності проведення психологічної реабілітації учасників бойових дій: спроможність досягнення особистісної цілісності і безперервності, віри в себе, здатності самопідтримки й самодопомоги; можливість збільшення само-ефективності особистості, її можливості до самореалізації; можливість покращення потребово-мотиваційних, ціннісно-сміслових ресурсів індивідуальності як джерела самозмін; можливість оновлення здатності підтримувати конструктивні стосунки із оточенням. Встановлено вектори психологічної реабілітації учасників бойових дій, зокрема: спрямованість на досягнення стійкого самоприйняття, а також відновлення самоефективності й здатності до ціннісно-сміслового оновлення. Розроблено програму психологічної реабілітації учасників бойових дій, метою якої є подолання посттравматичних порушень. У програмі використано міні-лекції, бесіди, дискусії, психогімнастичні вправи, психотерапевтичні прийоми, елементи арт-терапії, інші психотерапевтичні методи та відповідні техніки.

Доведено ефективність психотерапевтичної програми психологічної реабілітації учасників бойових дій. Так, результати аналізу даних другого діагностичного зрізу показали, що високий рівень проявів негативного психоемоційного стану переважає всього у 20% учасників бойових дій (на етапі першого діагностичного зрізу таких було 100%), у 80% середній (на етапі першого діагностичного зрізу таких не було), учасників бойових дій із низьким рівнем проявів негативного психоемоційного стану не виявлено. Доведено, що такий стан проблеми зумовлено, перш за все, реалізацією програми психологічної реабілітації учасників бойових дій.

Перспективами подальшого дослідження може бути практичне упровадження розробленої програми у практику психологічної реабілітації учасників бойових дій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ. 2016. 234 с.
2. Алещенко В., Хміляр О. Психологічна реабілітація військовослужбовців з постстресовими психічними розладами : навчальний посібник. Харків : ХУПС, 2005. 84 с.
3. Байєр О. О. Життєві кризи особистості : навч. посіб. Дніпро : ДНУ, 2020. 244 с.
4. Білова М.Е. Психологічні особливості осіб з різним рівнем стресостійкості (на прикладі працівників стресогенних професій) : автореф. дис. ... канд. психол. наук. Одеса, 2007. 20 с.
5. Блінов О. Організація надання психологічної допомоги військовослужбовцям у воєнний час : монографія. Київ : НАОУ, 2020. 80 с.
6. Бойко Г. М. Реабілітаційна психологія : посібник. Полтава : АСМІ, 2010. 240 с.
7. Бриндіков Ю. Л. Реабілітація військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб: теоретико-методичні основи : монографія. Хмельницький : Поліграфіст, 2018. 372 с.
8. Бриндіков Ю. Теоретичні та практичні основи організації реабілітаційної діяльності з комбатантами : метод. посіб. Хмельницький: Вектор, 2017. 172 с.
9. Брієр Д., Скот К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів : Свічадо, 2015. 448 С.
10. Будницька О.А. Індивідуально-особистісні детермінанти емоційних переживань у психотравмуючих ситуаціях : автореф. дис. ... канд. психол. наук. Київ, 2019. 20 с.
11. Бучок Ю. С. Віддалені прояви посттравматичного стресового розладу : особливості клініки, формування та комплексного лікування. *Український вісник психоневрології*. 2014. Т. 22, вип. 3 (80). С. 42-47.

- 12.Варій М. Морально-психологічний стан військ : навчальний посібник. Київ : ДУЛП, 2000. 162 с.
- 13.Василенко В.А. Російсько-українська війна : причини, перебіг та політико-правові оцінки. *Український тиждень*. 2022. № 42. С. 28-42.
- 14.Ващенко І., Антонова О. Конфлікт. Посттравматичний стрес : шляхи їх подолання. Київ : Знання, 1998. 289 с.
- 15.Великий тлумачний словник сучасної української мови / [уклад. і голов. ред. В.Т. Бусел]. Київ ; Ірпінь : ВТФ «Перун», 2005. 1728 с.
- 16.Військове виховання : історія, теорія та методика : навчальний посібник / за ред. В. Ягупова. Київ : Graphic & Design, 2002. 560 с.
- 17.Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання : наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів : Вид. Старого Лева, 2015. 416 с.
- 17 а. Гірняк А.Н. Глибинно-психологічне підґрунтя суїциду. *Психологія і суспільство*. 2010. №1. С. 151-158.
- 17 б. Гірняк Г.С., Чжан Ліфан Стрес як чинник виникнення розладів харчової поведінки особистості. *Трансформаційні процеси соціально-гуманітарної сфери сучасної України в умовах війни: виклики, проблеми та перспективи* : матеріали міжнар. наук.-практ. конф., м. Тернопіль, 2-3 черв. 2022 р. Тернопіль, 2022. С. 83–86.
- 18.Глива Є. Вступ до психотерапії : навчальний посібник. Острог – Київ : Острозька академія ; Кондор, 2004. 296 с.
- 19.Горбунова В. В., Карачевський А. Б., Климчук В. О. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО : посібник. Львів : Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, 2016. 96 с.
- 20.Гридковець Л. М. Реабілітаційна психологія. Київ : КІБІТ, 2015. 142 с.
- 21.Гридковець Л. М., Вашека Т. В. Психологічне консультування. К : Літера, 2015. 207 с.
- 22.Гриневич Є. Г., Лінський І. В. Спільні і специфічні маркери розвитку психічних та поведінкових розладів внаслідок надзвичайних подій в якісно

- відмінних контингентах постраждалих. *Архів психіатрії*. 2016. Т. 12. № 1-4. С. 16-21.
23. Діяльність психолога у ході психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України : методичні рекомендації / О.Г. Скрипкін, А.Б. Дейко, О.В. Еверт. Київ : НДЦ ГП ЗС України, 2016. 110 с.
24. Екстремальна психологія : підручник / за ред. О. В. Тімченка. Київ : Август Трейд, 2007. 502 с.
25. Єна А. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції. *Науковий журнал МОЗ України*. 2021. № 1 (5). С. 5–16
26. Журавльова Н. Ю., Гурлева Т. С. Прояви ПТСР і вторинна травматизація: психотерапевтична допомога сім'ям ветеранів бойових дій. *Психологія та педагогіка : необхідність впливу науки на розвиток практики в Україні : збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 21-22 лютого 2020 р.)*. Львів : Львівська педагогічна спільнота, 2020. Ч. 2. С. 113-117.
27. Зарецька Н. В., Гридковець Л. М. Організаційні засади надання психологічної реабілітації учасникам АТО та членам їх сімей. *Вісник КІБІТ*. 2019. № 7. С. 26-33.
28. Зливков В.Л. Психологічні аспекти організації системи реабілітації військових, що повернулися із зони АТО. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2015. №4 (38). С. 177–184.
29. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с.
30. Кісарчук З. Г., Омельченко Я. М., Лазос Г. П. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу : монографія. Київ : Слово, 2020. 178 с.
31. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О. Психологічна робота з військово-службовцями – учасниками АТО на етапі відновлення : методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.

32. Кондрюкова В. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців силових структур, звільнених у запас : навчально-методичний посібник : Київ : Гнозис, 2013. 116 с.
33. Корольчук М. С. Актуальні проблеми психофізіології військової діяльності : навчальний посібник. Київ : КВГІ, 1996. 164 с.
34. Коростій В. І. Психофармакотерапія в комплексному лікуванні та реабілітації посттравматичного стресового розладу. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2015. № 6 (76). С. 59-71.
35. Крайнюк В.М. Теорія і практика психологічної допомоги : навч. посіб. Київ : КВГІ, 2002. 297 с.
36. Кузікова С. Б. Теорія і практика вікової психокорекції : навч. посіб. Суми : Університетська книга, 2006. 384 с.
37. Ліщинська О. А. Можливості психологічної допомоги жертвам бойових дій. *Практична психологія та соціальна робота*. 2006. № 3. С. 1–4.
38. Ломакін Г. Прояви порушень реадaptaції учасників бойових дій у системі суспільних відносин. *Проблеми емпіричних досліджень у психології*. Київ : ОВС, 2019. С. 94–100.
39. Лукомська С.О. Світові тенденції розвитку медико-психологічної допомоги учасникам бойових дій. *Медична психологія : здобутки, розвиток і перспективи* : матеріали 4-ї міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 22-24 жовтня 2015 р.). Київ, 2015. С. 45-46.
40. Маклаков А., Чермянін С., Шустов Е. Проблеми прогнозування психологічних наслідків локальних військових конфліктів. *Психологічний журнал*. 1998. № 2. С. 15–27.
41. Михайлов Б.В., Чугунов В.В., Казакова С.Є. Посттравматичні стресові розлади : навчальний посібник. Харків : ХМАПО, 2013. 224 с.
42. Міжнародна статистична класифікація хвороб (МКХ-10). Короткий адаптований варіант, заснований на Міжнародній статистичній класифікації хвороб і проблем, пов'язаних із здоров'ям, 10-го перегляду, прийнятої 43-ю Всесвітньою Асамблеєю Охорони Здоров'я (підготовлений в Центрі медичної статистики Міністерства охорони

- здоров'я України). Київ : ТРЕЛАКС ЛТД, 1998. 46 с.
43. Мусієнко Г. О., Бараненко О. В., Гольцова С. В., Віхляєва Л. Ю. Оцінка особливостей проявів післятравматичних стресових розладів у осіб – учасників бойових дій. *Довженківські читання : теорія і практика наркології* : матеріали VI Укр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю. Харків, 2005. С. 99–102.
 44. Мюллер М. Якщо ви пережили психотравмуючу подію. Львів : Свічадо, 2014. 120 с.
 45. Наконечна М. М. Допомога іншому як психологічний засіб розвитку особистості : дис. ... канд. психол. наук. Київ, 2009. 223 с.
 46. Назаров О. О., Оніщенко Н. В., Садковий В. П. Психологічні особливості базових копінг-стратегій та особистісних копінг-ресурсів працівників пожежно-рятувальних підрозділів МНС України : монографія. Харків : УЦЗУ, 2008. 221 с.
 47. Основи практичної психології : посібник / В.Г. Панок, Т.М. Титаренко, Н.В. Чепелєва та ін. К. : Либідь, 2001. 536 с.
 48. Основи реабілітаційної психології : подолання наслідків кризи : навчальний посібник / за ред. Н. Пророк. Київ, 2018. Т. 3. 268 с.
 49. Особливості стосунків «психотерапевт – клієнт» у сучасному соціокультурному середовищі : монографія / за ред. З.Г. Кісарчук. Київ : Слово, 2017. 225 с.
 50. Павловський П., Завадзький Л., Завадзький Б. Динаміка співвідношення між перцепцією травми, емоційною реактивністю та загостренням симптомів посттравматичного стресового розладу. *Психологія здоров'я : теорія та практика*. Львів : ЛНУ ім. І. Франка, 2006. С. 141-158.
 51. Панок В. Г. Методичні підходи до надання психологічної допомоги потерпілим від техногенної катастрофи : монографія. Київ : Центр соціальних експертиз і прогнозів, 1999. 106 с.
 52. Подолання наслідків психотравми (EMDR) : практичний посібник / за ред. А. Гофмана. Львів : Свічадо, 2017. 259 с.

53. Посттравматичний стресовий розлад : навч. посіб. / Венгер О. П., Ястремська С. О., Рега Н. І. та ін. Тернопіль : ТДМУ, 2016. 264 с.
54. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація : метод. реком. / Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Підкоритов В.С. та ін. Харків, 2002. 47 с.
55. Профілактика порушень адаптації молоді до повсякденних стресів і кризових життєвих ситуацій : навч. посіб. / за ред. Т. М. Титаренко. Київ : Міленіум, 2011. 272 с.
56. Профілактика посттравматичних стресових розладів : психологічні аспекти : методичний посібник / упоряд. : Д.Д. Романовська, О.В. Ілащук. Чернівці : Технодрук, 2014. 133 с.
57. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій : методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко та ін. Київ : ЛОГОС, 2015. 207 с.
58. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я : навч. посіб. / М.С. Корольчук, В.М. Крайнюк, А.Ф. Косенко, Т.І. Кочергіна. Київ : Інкос, 2016. 272 с.
59. Психолого-педагогічна робота в закладах соціальної реабілітації : методичний посібник / ред. : Ю. А. Луценко, Є. Б. Павлова, В. Г. Панко. Київ : Надтока О. Ф., 2011. 310 с.
60. Психолого-психіатрична допомога постраждалим у збройних конфліктах: методичні рекомендації / Агаєв Н.А., Дейко А.Б., Скрипкін О.Г., Еверт О.В. Київ : Академвидав, 2018. 34 с.
61. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю : навчальний посібник / наук. ред. Л. М. Вольнова. Київ, 2012. 275 с.
62. Романишин А.М., Бойко О.В. Первинна психологічна допомога і реабілітація в бойових умовах. Львів, 2014. 122 с.
63. Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади : прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. URL : https://i-ebt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Romanehuk_PTSD.pdf.
64. Рютін В. Педагогічні умови соціалізації військовослужбовців строкової

- служби : дис. ... канд. пед. наук. Луганськ, 2015. 216 с.
- 65.Селюкова Т.В. Психологічна діагностика посттравматичних стресових розладів : курс лекцій. Харків : НУЦЗ України, 2016. 54 с.
 - 66.Соціально-психологічна профілактика порушень адаптації молоді до повсякденного стресу : метод. реком. / за ред. Т. М. Титаренко. Київ : Міленіум, 2010. 84 с.
 - 67.Титаренко Т. М. Пособи підвищення психологічного благополуччя особистості, що пережила травму. URL : <https://msu.edu.ua/psixologiya-teoriya-i-praktika/titarenko-t-m-sposobi-pidvishhennya-psixologichnogo-bлаго-poluchchya-osobistosti-shho-perezhiba-travmu/>
 - 68.Титаренко Т. М. Теоретико-методологічні засади соціально-психологічної реабілітації особистості в умовах пролонгованої травматизації. URL : https://academia.edu/31801332/Теоретико_методологічні_засади_соціально_психологічної_реабілітації_особистості.
 - 69.Томчук С.М. Негативні психічні стани школярів та їх корекція : навч.-метод. посіб. Вінниця : ВСЕІ Ун-ту «Україна», 2005. 95 с.
 - 70.Туρινіна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій : навч. посіб. Київ : Персонал, 2017. 160 с.
 - 71.Числіцька О.В. Проблема посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій. *Вісник Національного університету оборони України*. 2015. №2. С. 282–285
 - 72.Шевченко О.Т. Психологія кризових станів : навч. посіб. Київ : Здоров'я, 2005. 120 с.
 - 73.Ягупов В. Військова психологія : підручник. Київ : ТанDEM, 2004. 656 с.
 - 74.Яковенко С. Гуманістичні параметри ресоціалізації особистості : потреби, інтереси, цінності : дис. канд. філос. наук. Київ, 2003. 173 с.
 - 75.Яценко Т.С. Психологічні основи групової психокорекції : навч. посіб. Київ : Либідь, 1996. 264 с.

ДОДАТКИ

Додаток Д

Взірці занять програми психологічної реабілітації учасників бойових дій

Заняття 1

Тема. Вступне заняття. Обговорення правил роботи групи.

Мета: сприяння формуванню практичних навичок опанування себе в різних ситуаціях, оволодіти прийомами релаксації та аутотренінгу.

Хід заняття

Вступна частина.

Вправа «Автограф»

Мета: початкове саморозкриття і представлення себе в групі.

Хід вправи:

Учасники на аркушах А4 мають зобразити або написати своє ім'я або метафоричний образ свого імені. Після завершення учасники представляють свої роботи.

У доступній формі учасникам занять може бути надана інформація про зв'язок психіки і соматички, ролі психоемоційних стресів, співвідношенні позитивних і негативних емоцій в порушенні здоров'я і виздоровлення, значенні образного сфери і творчої діяльності для емоційного здоров'я, відповідальності людини за переживання різних емоційних станів.

Основна частина.

Вправа «Почергове малювання»

Мета: зняття колективної напруги, розвиток нового способу самовираження та комунікації.

Хід вправи:

Перший учасник малює протягом двох хвилин, потім передає іншому і т.д., поки малюнок по колу не повернеться до першого учаснику. Далі обговорюється, кому що сподобалося в отриманому малюнку, і що – ні.

Підбиття підсумків

Вправа «Повітряна кулька»

Мета: розслаблення, закріплення стану спокою.

Хід вправи:

Психолог: «Уявіть собі, що у ваших грудях знаходиться повітряна кулька.

Вдихніть через ніс і повністю заповніть легені повітрям. Видихніть його ротом і відчуйте, як воно виходить з легень. Повторюйте, не поспішаючи. Дихайте та уявляйте, як кулька наповнюється повітрям і стає все більшою та більшою.

Повільно видихніть ротом, ніби повітря тихенько виходить з кульки. Зробіть паузу і порахуйте до 10. Знову вдихніть і наповніть легені повітрям.

Затримайте його, порахуйте до 3-х, уявляйте при цьому, що кожна легеня – це надута кулька. Видихніть. Відчуйте, як тепле повітря проходить через легені, горло, рот. Повторіть 3 рази, вдихаючи та видихаючи повітря. Зупиніться та відчуйте, що ви сповнені енергії, а все напруження зникло.»

Заняття 2-3

Тема. Профілактика та подолання стресових станів

Мета: сприяння формуванню практичних навичок опанування себе в різних ситуаціях, оволодіти прийомами релаксації та аутотренінгу.

Хід заняття

Вступна частина.

Вправа-знайомство «Історії з торбинки». 3–5 хв.

Мета: настроїти учасників па роботу за темою, активізувати відчуття особистості.

На початку заняття кожен учасник оформлює картку-візитку, де вказує своє ім'я. На оформлення дається 3–5 хв. Учасники сідають у коло і по черзі витягують з торбинки, не заглядаючи в неї, один з наявних там предметів (олівець, ручка, гудзик, гумка, кубик, катушка ниток, закладка, цукерка тощо). Після того, як усі отримали якусь річ, кожен по черзі промовляє фразу, яка починається з «Я», презентуючи те, що дісталось з торбинки: «Я – цукерка,

солоденька, смачненька, мене всі люблять». Коли всі скажуть свої фрази, можна зробити ще одне коло: передати предмет сусіду праворуч і промовити іншу фразу, вже «від імені» нового предмета, але починаючи знову з «Я».

Прийняття правил роботи групи. 7 – 10 хв.

Тренер звертається до групи з питанням: *«Для чого в нашому житті існують різні правила?»*. Після відповідей учасників він пропонує прийняти правила роботи групи під час тренінгу, які записуються на плакаті «Правила групи».

Обговорення.

- Для того, щоб робота була ефективною, давайте напрацюємо правила.
- Отож, які ви пропонуєте варіанти? Що це правило означає?
- Чи всі погоджуються ?
- Приймаємо дане правило?

Учасники тренінгу обговорюють записані правила, складають їх остаточний варіант. Далі тренер підсумовує роботу і записує останнє правило: ці правила мають силу протягом усіх наших тренінгів. Доцільно вивісити правила на видному місці і починати кожний тренінг з їх повторення.

Вступ. 5 хв. Тренер звертається до учасників: Сьогодні ми зібралися, щоб краще познайомитись, розглянути питання «Що таке стрес, як ми його переживаємо, як його подолати». У цьому нам допоможе сьогоднішня зустріч».

Ознайомлення учасників з основними питаннями заняття. Тренер розповідає про зміст тренінгового заняття, зазначає, чому сьогодні необхідно говорити про стрес та навички саморегуляції.

Очікування. Вправа «Пісочний годинник» 5 – 7хв.

Учасникам роздають невеликі аркуші паперу (можна липкого). Тренер просить написати на них, чого саме учасники чекають від тренінгу. Після цього кожен учасник зачитує свій напис і прикріплює аркуш на підготовлений тренером плакат із зображенням пісочного годинника.

Тренер звертається до учасників: Отож, чого саме ви очікуєте від сьогоднішньої зустрічі? На аркушах паперу напишіть ваші очікування. А тоді помістіть свої очікування на пісочний годинник.

Вправа «Я переживаю стрес, коли...» (10 хв.)

Мета: привернути увагу до внутрішнього стану оточуючих.

Хід вправи: слід продовжити речення: «Я переживаю стрес. коли.»

Основна частина.

Психомалюнок «Я до стресу», «Я під час стресу», «Я після стресу» 15 хв.

Мета: привернути увагу до внутрішнього стану оточення, з'ясувати головні стресори присутніх.

Рефлексія: стреси, які виникають у житті, можна уявити як коридори, якими треба пройти: хто швидше, хто повільніше, хто важче, хто легше, однак пройти їх усе одно доведеться.

Стрес – це:

- проблеми на роботі
- особистісні негаразди
- нестабільне матеріальне становище
- психічне напруження
- невдачі, страхи, зриви
- відчуття небезпеки
- ДТП, аварії і т.д.

Інформаційне повідомлення «Стрес» 10 хв.

Тренер вивішує основні поняття на плакат, розповідаючи та надаючи інформацію учасникам.

Стрес – це захисна реакція організму, що має допомогти йому подолати складні життєві ситуації. Викид у кров спеціальних гормонів («глюкокортикоїдів») підвищує тонус м'язів, збільшує кількість глюкози, зменшує потяг до сну. Але така мобілізація організму відбувається за принципом «боротися – зараз, лікуватися – пізніше», тому ті самі гормони, що мобілізують організм на боротьбу, паралізують функції, які не є життєво необхідними в період стресу: страждає імунна система, порушуються процеси регенерації тканин, блокується вироблення статевих гормонів та гормонів росту. Стан стресу викликають стресори: фізіологічні і психологічні. Стресорами можуть бути фізичні та психічні подразники, реальні чи уявні. Людина реагує не тільки на справжню

фізичну небезпеку, але й на погрозу чи нагадування про неї.

При *фізіологічних стресових впливах* змінюється режим роботи багатьох органів та систем організму, наприклад, пришвидшується ритм серця, змінюються захисні властивості організму. *Психологічні стресори* діють через сигнали: погрозу, небезпеку, образливість. Психологічний стрес поділяють на інформаційний і емоційний. *Інформаційний стрес* виникає в ситуаціях інформаційних перевантажень, коли людина не може впоратися із завданням, не встигає приймати правильні рішення при високому ступені відповідальності за їхні наслідки. *Емоційний стрес* виникає в ситуаціях небезпеки, погрози.

Стрес є складовою життя кожної людини і його неможливо уникнути так само, як потреби пити чи спати. Стрес, на думку психолога Ганса Сельє, створює «смак до життя». Дуже важливий і його стимулюючий, формуючий вплив у складних процесах виховання та навчання і всього нашого життя. Але стресові впливи не повинні перевищувати адаптаційні можливості людини, бо тоді може погіршитися самопочуття. Різні люди реагують на однакові стресори по-різному. У когось реакція активна – під час стресу ефективність їхньої діяльності і далі росте до певної межі («стрес лева»), а в інших – реакція пасивна, ефективність їхньої діяльності спадає («стрес кролика»).

Характер реакції тісно пов'язаний з хворобами, що виникають внаслідок стресу. Узагальнення клінічних матеріалів дозволило лікарям припустити, що широке коло впливів, які призводять до стресу, викликає у людей гіпертонічну хворобу, виразку шлунку, деякі інші форми судинної патології з глобальними чи локальними проявами (інфаркт, інсульт, стенокардія, серцева аритмія, нефросклероз). Психічне напруження, невдачі, страхи, зриви, відчуття небезпеки є найбільш руйнівними стресорами для людини. Вони, крім фізіологічних змін, які призводять до соматичних хвороб, дають ще й психічні наслідки емоційного перенапруження – неврози

Вправа «Автобіографія за 45 секунд»

Мета: переживання невідповідності бажаного і можливого як стресових.

Учасникам дається завдання написати коротко свою біографію, у якій було б усе про них зрозуміло. Час для розповіді 45 с.

Рефлексія: проводиться обговорення результатів і обмін почуттями.

Тест «Чи загрожує вам нервовий зрив?» (10 хв.)

Вправа «Самопізнання»

Інструкція: Людина повинна вміти самотійно підтримувати свою мотивацію на належному рівні й спонукати себе до діяльності. Велике значення має вміння схвалювати самого себе, визнавати результати своєї діяльності. Самовизнання, самосхвалення дуже корисні методи формування самоповаги, оскільки ви вчитеся помічати щось позитивне в своїх діях і розвиваєте почуття самоповаги. Враховуючи принципи й правила, які використовувалися для схвалення інших, поміркуйте, як ви схвалювали себе та визнавали б певні результати дій і результати. Відзначте свої сильні сторони, позитивні риси характеру й те, як вони допомагали у житті. Поміркуйте й запишіть, як ви може найкращим чином (де і як) скористатися ними, щоб досягти успіху.

Завдання прописуються і вивішують на плакат.

Вправа «Вчинки для позитивного майбутнього»

Мета: самоаналіз, рефлексування.

1. Визначте та напишіть 5 вчинків, які ви щоденно реалізуєте та які, як вам відомо, ведуть до бажаного майбутнього.

2. Усвідомивши корисність вчинків, визначте, як кожний із них є доказом певної якості.

3. Уявіть собі на деякий час те позитивне майбутнє, яке ви створюєте.

Вправа «Як подолати стрес» (правила душевної рівноваги)

Робота в групах. *Учасники об'єднуються у 2 групи за принципом:* троянда, ромашка.

Запитання тренера «Як ви вважаєте чи можливо подолати стрес?». Отож ми об'єдналися в групи для того, щоб напрацювати «*Поради як подолати стрес*» У кожної групи для цього є 10 хв., тоді визначте по учаснику який буде презентувати ваші напрацювання. Відбувається обговорення. Після вправи, усім учасникам роздаються пам'ятки «*Поради про подолання стресу*»

Тренер: Я пропоную вам долучити поради психолога, які допоможуть вам знімати емоційне напруження, змінювати власне відношення до різних ситуацій.

Вправа «Місце спокою»

Мета: розслаблення.

Матеріали: ноутбук, записи релаксаційної музики.

Інструкція: сядьте зручно, заплющте очі. Спокійно вдихніть і видихніть. Уявіть собі, що ви пливете на човні морем далеко від дому. Усі проблеми і турботи залишилися вдома, ви відчуваєтеся вільно, на вас не тисне тягар відповідальності. Ваш човен вільно пливе на хвилях. Ви насолоджуєтеся відчуттям спокою. Ви то підіймаєтеся на хвилі, то опускаєтеся. Ви відчуваєте приємне тепло сонячних хвиль. Ви спокійні і розслаблені. Ви відчуваєте своє дихання: вдих, видих... Теплий, м'який спокій розливається по всьому тілу. Ви дедалі спокійніші, вільніші... Ваш погляд зупиняється на маленькому острові. Вас тягне туди, ви там шукаєте спокою, захисту, задоволення. Ваш човен наближається до острова. Уже можна розрізнити рослинність, дерева, пісок. І ось ви виходите на берег. Ви лягаєте, вам тепло, розслабляється... На губах у вас морська сіль... Ви дивитеся на хмаринки й відчуваєте тепло сонця. Тут ваша гавань. Насолоджуйтеся почуттям спокою, впевненості, тепла. Сюди ви зможете повернутися будь-коли. Це місце дасть вам упевненість, силу, безпечність. Попрощайтесь з цим місцем, настав час повертатися в реальність. Повільно розплющуйте очі.

Заключна частина.

Підсумок заняття 5 хв.

Підбиття підсумків

Вправа «Пісочний годинник»

Мета: усвідомлення учасниками того, якою мірою реалізовані їхні очікування щодо тренінгу.

Матеріали: скотч, плакат із зображенням пісочного годинника.

Тренер інструктує учасників: візьміть ваші піщинки і перекладіть їх на дно, якщо справдилися ваші очікування від заняття.

Тренер: Чи здійснились ваші очікування? Які знання ви здобули? Як ці знання ви використаєте у своєму подальшому житті? Що ви взяли особисто для себе? Оцініть вашу особисту активність під час тренінгу?